

FACULTÉ DE MEDECINE

**Contribution à l'Étude
de la Cure des Prolapsus
des Anus contre nature**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1937

PAR

André BOUISSET

Né le 6 Décembre 1910 à Sète (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MASSABUAU, Professeur, prési.
LAUX, Professeur.
GUILBAL, agrégé.
ROUX, agrégé.

assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1

1937

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA CURE DES PROLAPSUS DES ANUS
CONTRE NATURE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE

Contribution à l'Étude de la Cure des Prolapsus des Anus contre nature

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Mai 1937

PAR

André BOUISSET

Né le 6 Décembre 1910 à Sète (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{ MM. MASSABUAU, Professeur, prési. LAUX, Professeur. GUIBAL, agrégé. ROUX, agrégé.	{ <i>assesseurs</i>
---------------------------	--	---------------------

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1

—
1937

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	N
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, assesseur.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.)	CABANNE
Histologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. ROJET, TEDENAT, GALAVIELLE VALLOIS,
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique physiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON.

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	RIMBAUD
	COLL DE CARRERA
	CARRERE
	DEJEAN

Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU, prof. président.	MM. LAUX, agrégé.
GUIBAL, professeur.	ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de toute
ma tendresse filiale et de ma
reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS



A MON PRESIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Professeur de clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse et nous a fait le
très grand honneur d'en accepter
la présidence. Qu'il veuille bien
trouver ici l'hommage de notre
respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUIBAL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUX

Introduction

A la suite de Kœnig et de Gœtz on dit qu'il y a anus contre nature lorsque un orifice anormal situé sur le tractus intestinal donne issue à l'extérieur, à la totalité des matières qui y sont contenues.

L'anus contre nature à plusieurs titres contribue à assombrir l'avenir du malade, qui en est porteur. Mais de plus l'apparition de complications augmentent l'infirmité de ces malades au point de poser de difficiles problèmes thérapeutiques. Le prolapsus constitue la plus fréquente de ces complications au point, qu'on peut la considérer comme l'aboutissant inéluctable de tout anus établi depuis quelques temps. C'est de la cure de ces prolapsus des anus contre nature que nous voudrions nous occuper dans ce travail.

Nous n'avons pas l'intention d'envisager tous les anus pour plusieurs raisons.

Tous les anus contre nature ne se rencontrent pas avec la même fréquence.

Tous les anus contre nature ne se compliquent pas de prolapsus.

Dans ce but une classification s'impose basée sur les conditions de production ainsi que sur le siège de l'anús.

1°) Suivant les conditions de production on distingue :

a) Les anus contre nature traumatiques résultant le plus souvent d'une violence extérieure amenant une solution de continuité partielle ou totale de la paroi de l'intestin qui primitivement ou secondairement s'évacue à l'extérieur.

b) Les anus contre nature de causes pathologiques la plus importante autrefois était l'anús secondaire à la hernie étranglée, cette origine tend à se restreindre de plus en plus.

Restent dans ce groupe toutes les lésions ulcératives de la paroi intestinale qui donnent, suivant l'importance de la perte de substance, des anus contre nature, ou le plus souvent des fistules intestinales.

Tous les anus précédemment cités ne nous intéressent pas quels que soient leurs sièges parce qu'ils sont tous temporaires soit que l'issue fatale soit la conséquence du facteur étiologique de l'anús, soit que la survie étant obtenue la cure radicale de l'anús soit possible et doive être tentée.

Dans ces conditions ou bien le prolapsus n'a pas le temps d'apparaître étant donné le peu de durée de l'anús contre nature, ou bien au cas exceptionnel ou le prolapsus se produirait, son traitement ne poserait aucune indication spéciale : seul la suppression de l'anús contre nature est logique et doit être tentée.

A côté de ces anus contre nature traumatiques et pathologiques il existe un troisième groupe celui des anus thérapeutiques établis volontairement en amont d'un obstacle qui ne permet pas l'évacuation de l'intestin.

Ces anus peuvent être temporaires ou définitifs. Ils peuvent se faire sur l'intestin grêle ou sur le cadre colique — et c'est ici que la notion de siège trouve toute son importance.

L'entérostomie de décharge pratiquée suivant la technique de Witzel ne dérive la totalité des matières que tout autant qu'il existe un obstacle en aval. Cet anus grêle de plus ne peut être que provisoire car il est incompatible avec une longue survie. Les troubles de la nutrition sont d'autant plus accentués que l'anus se trouve plus haut situé sur l'intestin grêle soustrayant aux fonctions d'absorption le segment intestinal sous-jacent. À côté de ces troubles généraux en rapport avec une carence des apports nutritifs impossible à suppléer pendant un temps assez long par voie parentérale, il existe une véritable digestion de la paroi par les matières liquides riches en sucs digestifs, non utilisés pour la digestion et par conséquent encore actifs. Il en résulte des ulcérations extensives qui constituent de larges surfaces de résorption toxi-infectieuse qui s'ajoute au facteur précédent pour entraîner dans un temps plus ou moins rapide l'issue fatale.

L'anus colique au contraire rencontre des conditions favorables à la survie du sujet qui en est porteur. La fuite se trouve au-delà de la zone d'absorption, donc la nutrition du malade ne se trouve nullement menacée. Par ailleurs, l'activité diastasique des matières qui s'évacuent, étant très minime du fait de son épuisement durant la traversée de l'intestin grêle, les téguments qui avoisinent l'anus, n'auront pas trop à souffrir de ce contact permanent.

De ce qu'il précède il résulte que l'anus grêle ne peut être définitif : c'est une opération d'urgence, de sauvetage, qui devra être complétée le plus tôt possible par le ré-

tablissement du cours des matières, permettant de supprimer l'anús grêle primitivement établi.

Donc comme dans les cas précédents d'anús de nature traumatique ou pathologique non seulement le prolapsus a peu de chance de se rencontrer, mais encore au cas où il se présenterait la cure radicale de l'anús seule importerait, nous pouvons donc à ce titre l'éliminer de ce travail.

Mais entre l'anús grêle et l'anús colique il existe un intermédiaire c'est l'anús cœcal que nous pouvons éliminer pour la même raison que l'anús grêle c'est qu'il n'est jamais considéré comme définitif.

La cœcostomie est de réalisation technique aussi facile que l'entérostomie et lui est bien préférable comme opération de sauvetage lorsque les conditions nécessaires se trouvent réunies.

Mais la cœcostomie doit être considérée comme temporaire parce que d'une part les matières liquides qui arrivent au cœcum ont un pouvoir diastasique élevé et que d'autre part il y a toujours moyen de faire mieux en un second temps : dérivation interne si l'obstacle est rapproché du cœcum - anus colique si l'obstacle est éloigné.

Au cours de cette introduction nous croyons avoir suffisamment insisté sur la nécessité de restreindre les limites de notre sujet, car l'intérêt des prolapsus des anus contre nature est essentiellement subordonné au type d'anús en présence duquel on se trouve.

Nous devons éliminer de ce point de vue :

1°) Tous les anus traumatiques.

2°) Tous les anus pathologiques.

4°) Tous les anus thérapeutiques temporaires : anus grêle et anus cœcal.

Dans tous ces cas l'apparition d'un prolapsus est l'indication de supprimer le plus tôt possible l'anüs contre nature.

Seuls restent par conséquent les prolapsus des anus thérapeutiques coliques établis d'une façon définitive et dont la suppression est impossible.

Les anus coliques sont nombreux on peut en effet avoir :

- 1°) L'anüs ascendant de Dubouchel.
 - 2°) L'anüs transverse de Schlöffer.
 - 3°) L'anüs angulo-colique gauche de Chevassu.
 - 4°) L'anüs iliaque gauche : ce dernier étant de beaucoup le plus fréquent nous intéressera particulièrement.
-

Historique

Il est remarquable que la littérature médicale ne soit pas encombrée par les publications de prolapsus des anus contre nature et de leur traitement.

Cependant leur connaissance est assez ancienne puisque la première observation est dûe à Hippocrate (7ème livre des épidémies) relative à une plaie pénétrante de l'abdomen.

Par la suite les observations restent excessivement rares.

Pour la première fois la question des prolapsus contre nature est mise au point par Sabatier dans son mémoire présenté à l'académie royale de chirurgie en 1774.

Depuis la technique de l'anüs artificiel ayant fait de grands progrès, la question du prolapsus devient d'autant plus intéressante et donne lieu aux recherches et thèses de Dupuytren, Verneuil, Polosson, Quénu, Hartmann, Gérard, Mercier, qui en donnent de bonnes descriptions cliniques.

On s'attache surtout par la suite à déterminer les facteurs pathogéniques de ces prolapsus et à ce sujet nous devons signaler les travaux de MM. Bérard et Chalié

qui sont les premiers à s'occuper de cette question si délicate.

De cette étude pathogénique bénéficie la thérapeutique des prolapsus de sanus contre nature qui pendant longtemps n'a été que palliative, mais qui devient de plus en plus rationnelle à l'heure actuelle en s'attaquant aux causes mêmes de cette complication.

PREMIERE PARTIE

Les anus artificiels coliques et leurs prolapsus en clinique

Un rappel anatomo-clinique des anus artificiels coliques (les seuls qui nous intéressent) et de leurs complications est indispensable pour situer dans leur cadre les prolapsus de ces anus. Aussi consacrons nous la première partie de ce travail à cette étude.

1°) *Les différentes formes des anus chirurgicaux* : Il existe deux types principaux parmi les anus établis chirurgicalement en vue d'une dérivation permanente.

a) Ou bien le segment intestinal sur lequel porte l'anus (côlon sigmoïde en particulier) est sectionné ou réséqué sur une plus ou moins grande étendue. Dans tous les cas il en résulte deux bouts que l'on abouche séparément à la paroi. L'anus contre nature est dit terminal et draine obligatoirement la totalité des matières.

b) Ou bien la solution de continuité n'intéresse pas la paroi sur la totalité de sa circonférence, les deux branches de l'anse ainsi ouverte à la paroi, s'accollant l'une à l'autre : c'est l'anus en canon de fusil dans lequel la dérivation de la totalité des matières est obtenue à la faveur de la plicature de la partie respectée de la paroi intestinale constituant le promontoire de Scarpa ou l'éperon de Dupuytren.

II. — *Les différentes complications de l'anus contre nature définitif* : Nous éliminerons une fois de plus l'état de dénutrition générale et la digestion de la paroi qui grèvent le pronostic des anus grêles et dans une certaine mesure celui de l'anus cœcal ce qui ne permet pas de considérer ces anus comme définitifs.

Cependant les anus coliques et en particulier l'anus iliaque gauche qui eux sont compatibles avec une longue survie (dans les limites permises par l'affection ayant nécessité l'anus contre nature) peuvent être l'objet de certaines modifications qui apportent une gêne plus ou moins importante dans le fonctionnement de l'anus.

Ces complications sont assez nombreuses mais peuvent être classées suivant que ces modifications intéressent les téguments avoisinant l'anus ou les extrémités intestinales mêmes qui constituent l'anus.

1°) Complications cutanées ; Ce sont :

a) Les irritations de voisinage par le contact permanent avec les matières : complications d'autant plus rares que l'anus siège plus bas sur le côlon, et faciles à prévenir ou à guérir en protégeant la peau par une pommade isolante et adoucissante.

b) Les infections cutanées qui peuvent être de toutes

sortes, spécifiques comme l'érysipèle, ou non spécifiques allant de l'érythème, l'ulcération jusqu'au phlegmon stercoral.

2°) Complications portant sur l'intestin qui constitue l'anus. Les modifications observées dans ce cas sont de deux ordres ou bien il y a diminution de volume par atrophie ou bien il y a augmentation de volume par prolapsus.

a) Atrophie des bouts intestinaux : Le retrécissement du bout inférieur est fréquent et ne présente d'intérêt que si on voulait faire la cure de l'anus contre nature, celle-ci étant difficile, par suite de la disproportion entre les diamètres des deux bouts d'intestin en présence.

Le retrécissement du bout supérieur qui au contraire peut entraîner un trouble grave du fonctionnement de l'anus est extrêmement rare.

b) Prolapsus : Ici au contraire l'anus prend un volume plus ou moins considérable ayant tendance à s'extérioriser au-delà du plan de la paroi abdominale. En réalité c'est cette complication qui est la plus fréquente et la plus difficile à traiter, c'est avec elle que doit compter le chirurgien qui réalise un anus artificiel qu'il sait devoir être définitif afin qu'il essaie de l'éviter dans la mesure du possible et surtout qu'il ne soit pas désarmé lorsque le prolapsus sera établi.

III). — *Fréquence des prolapsus au cours des anus définitifs* : Cette question est très mal précisée dans les diverses publications que nous avons consultées. Nous avons été obligé de nous rapporter aux observations recueillies dans le service de notre Maître le Professeur Massabau depuis l'année 1932.

Depuis cette date jusqu'à la fin de l'année 1936 c'est à-

dire en 5 ans nous avons relevé dans les archives du service 28 anus définitifs chirurgicaux dont nous rapporterons le détail lorsque nous envisagerons les différents procédés thérapeutiques des prolapsus.

Dès à présent nous voudrions faire ressortir de l'étude de ces cas la fréquence d'apparition de cette complication qu'est le prolapsus.

Sur ces 28 cas d'anuses thérapeutiques définitifs colligés dans les Archives du service de Chirurgie Générale du Professeur Massabau, nous avons cinq morts précoces dont deux par cancer du côlon sigmoïde et trois par cancer du rectum.

Il nous reste donc 23 cas dans lesquels la survie a été obtenue. Les cas se décomposent comme suit : un anus terminal établi après résection d'un cancer sténosant du côlon sigmoïde ayant fait un prolapsus muqueux peu accentué au bout de trois mois. (Obs n° 3498).

Un anus transverse de soupape établi après colectomie droite pour cancer voisin de l'angle hépatique du côlon, qui ne s'est jamais fermé par suite d'un obstacle persistant au niveau de l'anse sigmoïde et qui revient treize mois après avec un prolapsus muqueux assez important. (Obs. n° 2840).

Un anus iliaque gauche en canon de fusil sur palette sans adossement pour fistule pyo-stercoro-urinaire hypogastrique consécutive à l'ablation d'un kyste de l'ovaire gauche suppuré et adhérent au rectum et au sigmoïde. Cette malade reste 17 mois dans le service et ne présente pas de prolapsus, elle est revue 3 ans 1/2 après son opération et ne signale aucune complication au niveau de son anus iliaque. Elle ne se plaint pas de son appareil collecteur du type Reverdin. (Obs. 1084).

Deux anus iliaques gauches en canon de fusil sur palette

te dont un est réalisé avec adossement des deux pieds de l'anse par quatre fils de lin (obs. 172) et l'autre sans adossement (obs. 896) pour rectites sténosantes et proliférantes hautement infectées. Tous les deux font des prolapsus au bout de 3 et 6 mois ayant nécessité une intervention.

Enfin nous avons 18 anus en canon de fusil pratiqués chez des sujets porteurs de cancer du rectum. Parmi ces 18 cas, 13 fois le malade n'a présenté aucune complication. Dans 4 cas on a observé l'apparition d'un prolapsus dont un s'est partiellement étranglé. Enfin dans un cas on a observé une sténose ayant nécessité une réintervention.

En définitive nous voyons donc que dans ces 23 anus définitifs presque tous iliaques gauches en canon de fusil (21) nous avons eu :

8 prolapsus

1 sténose

14 anus non compliqués ou du moins rien

n'est signalé, car parmi tous ces cas, tous les malades n'ont pas été revu et même parfois n'ont pas donné de leurs nouvelles.

Etant donné d'une part ces restrictions qu'il ne faut pas méconnaître, d'autre part le nombre de cas limité que nous avons eu à notre disposition nous ne voudrions pas être affirmatifs sur les chiffres que nous allons avancer.

Néanmoins l'apparition d'un prolapsus comme complication d'un anus contre nature définitif nous paraît être au moins de l'ordre de 35 pour 100, alors que la sténose n'intervient dans notre statistique que pour 4 pour 100.

Ceci nous met suffisamment en évidence d'une part la fréquence du prolapsus au cours des anus thérapeuti-

ques définitifs, d'autre part sa grande prédominance par rapport aux autres complications.

IV. — *Les différents prolapsus* : Le prolapsus peut intéresser tout ou partie des parois intestinales : il peut être muqueux ou total. De plus sa forme variera suivant qu'il se produit sur un anus terminal ou sur un anus en canon de fusil. Autant de formes sous lesquelles peuvent se présenter en clinique le prolapsus et qu'il y a lieu d'envisager successivement.

1°) Prolapsus muqueux : Ici seule la muqueuse intestinale est intéressée. Tout se passe comme si la muqueuse devenait trop longue, s'extériorisait grâce à sa faible adhérence avec la musculieuse.

Au début ce prolapsus apparaît sous la forme d'un repli rougeâtre se montrant uniquement à l'occasion des efforts tels que la défécation ou la toux, pour se réduire ensuite spontanément. La forme de ce repli est différente suivant le type d'anüs auquel on a affaire. S'agit-il d'un anus terminal, le prolapsus forme un bourrelet régulièrement circulaire centré par un orifice, l'aspect est le même, que ce soit le bout supérieur ou le bout inférieur.

Si au contraire on se trouve en présence d'un anus en canon de fusil, le prolapsus à tendance à se présenter sous la forme d'une masse allongée présentant un orifice à chacune de ses extrémités. Ces orifices pouvant être placés symétriquement ou non suivant que l'éversion de la muqueuse se fait d'une façon égale au niveau des deux anses qui participent à la formation de l'anüs.

Dans tous les cas, ce qui caractérise le prolapsus au début c'est sa réductibilité facile, ses dimensions restreintes et l'absence d'altération de la muqueuse éversée qui est de coloration rosée et de consistance souple.

Malheureusement, la contention est difficile, et si un traitement approprié ne s'oppose pas à l'évolution du prolapsus, on assiste successivement à l'accroissement des dimensions du prolapsus, et à l'altération de la muqueuse prolapsée. Sous la double influence de la congestion passive, en rapport avec les difficultés de la circulation veineuse et d'autre part l'inflammation chronique, favorisée par les ulcérations de la muqueuse, le prolapsus ne tarde pas à prendre une consistance ferme, sa coloration devient rouge sombre ou violacée.

A ce moment, étant donné d'une part le volume du prolapsus, d'autre part les altérations de la muqueuse, toute réduction devient impossible, seul un traitement sanglant pourra comme nous le verrons ultérieurement pallier à cet inconvénient.

2°) Prolapsus total : Ici la totalité de la paroi intestinale entre dans la constitution du prolapsus, tout se passe comme au niveau d'une invagination intestinale qui serait privée de sa gaine.

a) Dans l'anus terminal l'éversion est simple. Quel que soit le bout sur lequel porte le prolapsus total, celui-ci présente deux cylindres qui se trouvent situés hors de l'abdomen et se présentant sous la forme d'un boudin plus ou moins long.

La surface muqueuse du cylindre externe est tournée vers l'extérieur et présente les caractères de la muqueuse intestinale enflammée que nous avons déjà décrits plus haut. Le cylindre interne oppose sa séreuse à celle du cylindre externe pour former un véritable diverticule de la grande cavité péritonéale. Sa muqueuse est dirigée vers la lumière de l'intestin et se continue d'une part au niveau de l'orifice du prolapsus avec celle du cylindre

externe d'autre part, dans la profondeur avec celle de l'intestin resté dans l'abdomen.

Au point où l'intestin sort de l'abdomen existe un collier qui correspond à l'orifice primitif de l'anus contre nature. Ce collier par le fait de l'inflammation chronique et de la fermeté des plans qui le limitent est presque absolument inextensible et devient un agent d'étranglement quand le segment de l'intestin qui s'y engage prend un trop grand volume. De cette striction il peut résulter non seulement l'arrêt du fonctionnement de l'anus qui ne laisse plus passer ni gaz ni matières, mais encore le sphacèle du boudin procident par suite des troubles circulatoires qui en découlent.

b) Dans l'anus en canon de fusil, le prolapsus peut porter sur les deux bouts ou bien il commence par l'épéron.

1°) Prolapsus des 2 bouts de l'intestin : Dans ce cas chaque bout de l'intestin se retourne en doigt de gant et se prolabe au dehors, les deux boudins ainsi constitués ayant tendance à s'écarter l'un de l'autre, d'où l'aspect en Y que prend le prolapsus. Tantôt le prolapsus des 2 bouts a une longueur sensiblement égale, tantôt et c'est le cas le plus fréquent ils sont inégaux, le bout supérieur étant plus long.

Chaque boudin a une constitution identique au boudin unique de l'anus terminal comprenant deux cylindres constitués par la totalité des tuniques de l'intestin séparées par une cavité séreuse permettant pendant un certain temps des mouvements de glissement des 2 cylindres l'un sur l'autre.

Quand le prolapsus devient volumineux la disposition précédente est notablement modifiée par ce fait que l'épéron cède à son tour et se prolabe au dehors. L'aspect

extérieur du prolapsus est alors très fortement modifié, puisque au lieu de 2 boudins divergents on se trouve en présence d'une masse vaguement arrondie plus ou moins déprimée en son centre et présentant à sa périphérie les deux orifices de l'anüs anormal.

Cette disposition constitue un intermédiaire entre la variété que nous venons d'étudier et la variété suivante où le prolapsus commence par l'éperon.

2°) Prolapsus primitif de l'éperon : Ici à l'inverse du cas précédent, le prolapsus commence par l'éperon qui sépare les doux bouts intestinaux.

Dans ces cas la paroi interne de l'intestin non sectionnée se soulève sous la pression des anses intestinales et constitue une véritable hernie, dont le sac est formé par la paroi intestinale prolabée, la muqueuse se trouvant en dehors, en continuité avec la paroi inférieure du bout supérieur et avec la paroi supérieure du bout inférieur ; la séreuse limitant un véritable sac souvent très large dans lequel les anses intestinales et l'épiploon peuvent s'engager comme dans n'importe quel sac herniaire.

Au cours de l'évolution de ces prolapsus, la complexité devient plus grande encore, lorsque les deux bouts de l'intestin se prolabent à leur tour entraînant avec eux un diverticule de la cavité péritonéale. Il se forme alors un double sac, l'un central formé aux dépens de l'éperon, l'autre périphérique et annulaire formé aux dépens des parois externes des deux bouts intestinaux.

V). — *L'évolution des prolapsus* : Le prolapsus d'un anus contre nature étant amorcé comment va-t-il évoluer?

Nous avons eu l'occasion dans l'étude précédente des prolapsus, de décrire des périodes plus ou moins avan-

cées, c'est que en effet le prolapsus étant installé il n'a aucune tendance à s'arrêter spontanément dans son évolution.

Les conditions restant les mêmes il est logique qu'il en soit ainsi et que l'accroissement du prolapsus soit la règle. Mais cette augmentation de volume ne va pas sans danger pour l'intestin prolapsé d'où l'existence de véritables complications constituant l'importance et la gravité de l'affection.

La première modalité évolutive du prolapsus des anus contre nature est constituée par la transformation d'un prolapsus simple en un prolapsus total. Cette éventualité n'est pas rare et constitue une aggravation nette.

Dans un certain nombre d'autres cas la simple augmentation de volume du prolapsus constitue une tendance évolutive à peu près inéluctable. C'est ainsi que Fabrice de Hilden, dans une observation rapportée par Gérault dans sa thèse, nous montre un jeune homme de vingt ans qui portait au-dessus de l'aîne droite, une volumineuse tumeur longue de 12 à 13 pouces et grosse comme l'avant bras au-dessus du poignet. Ceci peut nous donner une idée des dimensions vraiment considérables que peut atteindre un prolapsus que l'on laisse évoluer librement. Heureusement qu'il n'en est plus de même aujourd'hui par suite de l'intervention d'une thérapeutique judicieuse et précoce.

Mais même sans atteindre de telles dimensions le prolapsus peut être l'objet de certaines complications dont les principales sont l'irréductibilité, l'étranglement et la hernie de l'intestin dans le prolapsus constituant une lésion analogue à l'hédrocèle.

1°) *Irréductibilité* : L'irréductibilité de l'éversion intestinale s'observe au bout d'un temps variable.

Elle est en rapport avec deux facteurs. D'une part, la stase veineuse causée par la constriction de l'anneau, stase qui entraîne l'œdème des tuniques prolapsées se traduisant par leur hypertrophie. D'autre part l'inflammation chronique réalisée au niveau du prolapsus constamment irrité provoque des adhérences entre les surfaces péritonéales accolées.

Il résulte de cet état que l'intestin devenu plus volumineux et symphysé, ne peut plus être réduit dans l'abdomen, arrivé à ce degré. La muqueuse exposée à des frottements continuels s'irrite et s'enflamme, à sa surface il se fait un suintement abondant, puis des ulcérations se forment qui s'infectent et suppurent, chaque selle est l'occasion de douleurs très vives et d'hémorragies plus ou moins considérables : le prolapsus constitue à ce moment une infirmité des plus pénibles.

De plus si le malade n'est pas l'objet de soins de propreté rigoureux, les ulcérations s'étendent rapidement, gagnent les couches profondes de l'intestin et peuvent même perforer complètement la paroi, entraînant des complications extrêmement graves pouvant aboutir à une péritonite mortelle.

2°) *Etranglement* : L'étranglement constitue la complication la plus grave et heureusement la plus rare des prolapsus. Cet étranglement peut survenir soit lentement et progressivement au niveau d'un prolapsus volumineux évoluant depuis longtemps, soit apparaître brusquement à la suite d'un violent effort chassant une partie plus considérable de l'intestin à travers l'orifice de l'anus.

Dans tous les cas par suite de la pression sur les veines de l'intestin par les parois de l'anus, il se produit une stase veineuse avec congestion passive et augmentation

progressive du cylindre prolabé. Il se produit un cercle vicieux car plus la circulation veineuse est gênée plus le cylindre augmente de volume, et à mesure que se produit cette augmentation de volume, l'orifice pariétal s'oppose de plus en plus à la circulation de retour. Il en résulte rapidement des modifications profondes de la nutrition de l'intestin prolabé qui favorisent l'action des agents infectieux qui se trouvent à ce niveau et qui expliquent l'apparition de ces plaques grisâtres de gangrène qui vont s'éliminer en créant des pertes de substance plus ou moins larges.

En même temps par suite de la congestion et de l'œdème, la cavité du prolapsus se trouve complètement effacée, d'où un arrêt des matières et des gaz pouvant aller jusqu'à l'obstruction complète avec toutes ses complications.

La mort est la terminaison logique de cet état si l'on n'intervient pas rapidement.

3°) *Hédrocèle* : La présence de l'intestin dans la cavité péritonéale limitée par les cylindres d'un prolapsus ne doit pas être méconnue pour deux raisons.

D'abors en cas d'étranglement du prolapsus le pronostic est aggravé par l'existence d'une véritable hernie étranglée qui évoluera comme telle.

Deuxièmement si la cure pératoire du prolapsus est entreprise, il n'est pas inutile de ne pas méconnaître la présence de l'intestin qui pourrait être lésé accidentellement, ce qui aggraverait le pronostic opératoire.

VI). — *Pronostic des prolapsus des anus contre nature* : Comme on peut s'en rendre compte d'après l'étude précédente de l'évolution des prolapsus, le pronostic de cette affection est toujours sérieux à cause de sa tendan-

ce à l'accroissement et de la possibilité de complications parfois mortelles, fait d'autant plus regrettable que l'anüs contre nature est voulu par le chirurgien en vue de pallier à une affection déjà existante.

Aussi cet accident doit-il retenir l'attention des chirurgiens en vue d'un traitement bien dirigé. C'est ce que nous nous proposons de faire plus particulièrement.

Mais une exposition rationnelle des méthodes thérapeutiques du prolapsus de l'anüs contre nature doit être basée sur les différents facteurs qui expliquent la production du prolapsus.

Aussi estimons nous qu'une mise au point de la pathogénie du prolapsus s'impose à nous comme étant les bases rationnelles de la thérapeutique de cette affection.

DEUXIEME PARTIE

Pathogénie du prolapsus des anus contre nature

Les facteurs qui rendent possibles le prolapsus et le mécanisme de production de cette éventualité très fréquente dans l'anوس contre nature sont encore discutés et du reste ont été mal élucidés par les différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Il y a lieu d'envisager successivement dans cette étude des facteurs prédisposants d'une part qui rendent le prolapsus possible, des facteurs déterminants d'autre part qui entraînent l'intestin au dehors.

I) FACTEURS PREDISPOSANTS. — Quelles sont les conditions qui permettent à l'intestin de s'extérioriser pour constituer le prolapsus ? Pour envisager ce problème il faut savoir quels sont les moyens de fixité de l'anوس contre nature. Ces moyens de fixité sont de deux sortes :

D'une part le méso-intestinal par ses éléments fibreux, ses vaisseaux, constitue un véritable appareil de suspen-

sion qui s'oppose à un déplacement trop considérable de l'anse intestinale intéressée.

D'autre part, la résistance de la paroi abdominale autour de l'anus, soutient l'intestin à la façon d'une sangle et s'oppose par conséquent à son issue au dehors.

Il faut donc pour que le prolapsus soit possible que deux conditions soient réalisées.

1°) Que les moyens de suspension de l'intestin soient assez laches pour permettre son issue.

2°) Que la résistance opposée par la paroi abdominale soit insuffisante pour s'opposer à cette issue.

D'où les deux facteurs prédisposants principaux incriminés par les auteurs (Bérard et Chalier ; Mercier ; A. Jianu, D. Théodoresco et P. Théodoru).

1) La longueur du méso.

2) La faiblesse de la paroi abdominale.

1) *La longueur du méso* varie essentiellement avec le segment intestinal sur lequel a été établi l'anus. Pour nous en tenir à l'anus iliaque gauche établi sur le côlon pelvien, nous nous rapportons aux conclusions du professeur Pierre Duval qui a remarquablement étudié les variations individuelles du méso-côlon pelvien dans sa thèse de 1902.

Cet auteur distingue quatre types différents de côlon pelvien.

1°) Côlon pelvien long avec long méso dont la racine secondaire s'insère haut sur la fosse iliaque.

2°) Côlon pelvien long avec court méso s'insérant bas au détroit supérieur.

3°) Côlon pelvien court avec long méso s'insérant haut.

4°) Côlon pelvien court avec court méso collé dans le pelvis.

De ces dispositions il ressort que la première est la plus défavorable, car c'est elle qui s'oppose le moins au prolapsus. Dans la dernière au contraire toutes les conditions se trouvent réunies pour s'opposer au prolapsus. Dans les deuxième et troisième cas le prolapsus pourra se produire, mais il n'atteindra jamais des dimensions bien considérables étant donné soit les faibles dimensions de l'anse intestinale, soit la brièveté du méso.

2) *La faiblesse de la paroi est sous la dépendance :*

Du sujet.

Du siège de l'anus.

De la façon dont il a été établi.

a) Suivant le sujet : La résistance de la paroi abdominale dépend essentiellement de l'individu.

En général les sujets jeunes et bien musclés présentent une paroi abdominale solide qui se laisse distendre difficilement.

Au contraire, chez les sujets âgés ou obèses la paroi est déficiente et soutient mal l'intestin. Étant donné que l'anus se fait surtout chez de tels sujets, on comprend toute l'importance de ce facteur individuel d'autant que la paroi peut être congénitalement affaiblie.

b) Le siège de l'anus influence la résistance de la paroi abdominale d'une façon considérable et comme le dit Mercier, le prolapsus est d'autant moins à craindre que l'anus siège plus latéralement et plus bas. Il est au contraire plus à craindre que l'anus siège plus haut et plus près de la ligne médiane.

c) Suivant la façon dont l'anüs a été établi les conditions sont très différentes. Si le chirurgien a fait une large plaie en sectionnant les muscles et aponévroses de la paroi la disposition, est mauvaise.

Si au contraire comme le recommande le professeur Hartmann, il a pratiqué la dissociation des muscles, ces derniers conservent leur tonicité et leur résistance, par conséquent la paroi aura toute sa solidité.

Ainsi donc le prolapsus a d'autant moins de chance de se produire que l'orifice anal est plus latéral limité par des muscles et des aponévroses intacts.

II) FACTEURS DETERMINANTS. — Mais il ne suffit pas que le prolapsus soit possible, pour tout expliquer il faut encore qu'un facteur agisse sur l'intestin pour l'extérioriser : c'est ce qui constitue les facteurs déterminants.

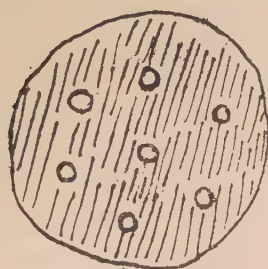
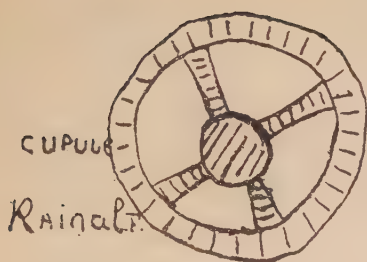
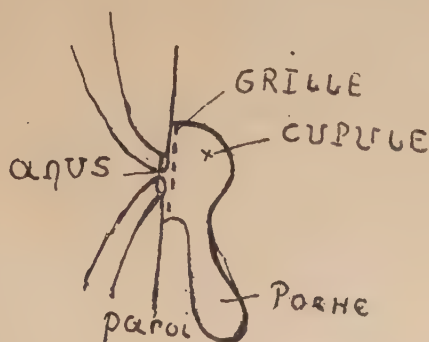
Ces facteurs sont au nombre de deux, l'intestin peut en effet être poussé ou attiré au dehors.

a) Augmentation de la pression intra abdominale : ce facteur agit en refoulant l'intestin à travers le point faible de la paroi abdominale que constitue l'anüs contre nature. La pression intra-abdominale subit une augmentation au cours de tous les efforts et surtout à l'occasion de la défécation, de la toux et même de la marche. C'est ce qui explique l'influence néfaste de tous ces facteurs chez un sujet porteur d'un anus contre nature.

b) L'intestin peut également être attiré à l'extérieur par aspiration. C'est ici qu'intervient le rôle de l'appareil collecteur des matières porté d'une façon continue.

L'appareil porté le plus couramment était l'appareil de Reverdin constitué essentiellement par une cupule munie d'un réservoir qui se remplit des matières éva-

euées et d'une couronne de caoutchouc vide, destinée à être gonflée en vue d'une adaptation parfaite au pourtour de l'anus, ce qui supprime toute fuite des matières.



GRILLE
PETERS

Or quel est le résultat d'un tel appareillage ? On voit dès le début du port de cet appareil la couronne de caoutchouc refouler la paroi autour de l'anus tandis que l'intestin constituant l'anus, ne se trouvant soutenu par rien, est soumis à une aspiration. L'appareil de Reverdin agit donc comme une ventouse qui attire dans son intérieur l'intestin. On assiste ainsi à l'installation progressive à

l'abri de l'appareil de Reverdin, du prolapsus ; et on s'aperçoit de ce rôle lorsqu'on change quotidiennement la poche. Tous les jours à l'ablation de l'appareil, le prolapsus remplit la cupule alors qu'il a une tendance spontanée à la réduction, qui peut être complète en quelques minutes.

En somme, quatre facteurs dominant la pathogénie du prolapsus de l'anus contre nature.

- 1) La mobilité intestinale.
- 2) L'insuffisance de l'orifice pariétal de l'anus.
- 3) Les efforts violents et répétés.
- 4) L'aspiration par l'appareil collecteur du type Reverdin.

C'est de ces facteurs que devra s'inspirer la thérapeutique tant préventive que curative de ces prolapsus d'anus définitifs.

TROISIEME PARTIE

Traitement des prolapsus des anus contre nature

L'intérêt de la question ne réside pas seulement à traiter un prolapsus déjà constitué, mais encore de savoir ce qu'il faut faire pour empêcher dans la mesure du possible cette complication de se produire.

Si bien que nous devons envisager à côté du traitement curatif du prolapsus, un ensemble de mesures prophylactiques destinées à réduire au minimum les chances d'apparition du prolapsus que nous réunirons sous le terme de traitement préventif et pour respecter l'ordre chronologique nous commencerons par ce dernier.

I) *Traitement préventif : moyens destinés à prévenir l'apparition du prolapsus.* — De tous temps on a été frappé par la fréquence de cette complication qu'est le prolapsus au cours des anus contre nature. Et cette complication est d'autant plus malvenue au cours d'un anus

thérapeutique définitif que cet anus est voulu par le chirurgien et ne peut plus désormais être supprimé.

Aussi a-t-on essayé par tous les moyens de restreindre l'apparition de cette complication.

Ces moyens se posent au chirurgien au moment même où il institue l'anús contre nature. Ils se retrouvent également après l'opération lorsque l'anús fonctionne, sous la forme de certains préceptes hygiéniques.

A) Précautions de technique opératoire au moment de la confection de l'anús contre nature. Dans ce but on doit se souvenir de la pathogénie des prolapsus et principalement des facteurs prédisposants.

Nous les rappelons, il en existe deux :

1°) Insuffisance des moyens de suspension en rapport avec la mobilité de l'intestin qui lui permet une extériorisation facile.

2°) Insuffisance des moyens de soutien, essentiellement représentée par un relâchement de la paroi qui se laisse distendre et n'offre plus aucune résistance à l'intestin qui ne demande qu'à sortir.

Voici donc les deux éléments contre lesquels il faudra lutter si on veut éviter au malade qu'on va opérer l'apparition de cette complication. Malheureusement on n'y est pas encore arrivé complètement et nous ne voulons comme preuve que la multiplicité des procédés journellement proposés ainsi que la persistance des observations de prolapsus d'anús contre nature.

Malheureusement le nombre de procédés techniques proposés est trop grand pour que nous en ayons une idée personnelle sur chacun d'eux. Si bien que pour être complet nous envisagerons d'abord ce qui a été proposé et qui peut se faire, nous réservant d'envisager dans un

second chapitre ce que nous avons vu faire ou ce que nous avons trouvé dans les Archives de Clinique chirurgicale du professeur Massabau.

Dans le procédé de Maydl-Reclus qui est la base de l'anus contre nature en canon de fusil, la technique est la suivante :

Ouverture de la paroi : Incision successive de la peau des muscles et du péritoine au niveau de la fosse iliaque gauche sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

Conduite vis-à-vis de l'intestin :

1) Recherche et extériorisation de l'anse sigmoïde.

2) Maintien de l'extériorisation. Pour cela on traverse avec une pince de Kocher le méso-côlon en une zone avasculaire. Dans l'orifice ainsi créé on introduit soit une baguette de verre soit la pagaie de Pauchet spécialement destinée à cet usage.

Fermeture de la paroi : la brèche cutanée est retrécie autour de l'anse qui enjambe la pagaie et qui ne peut par conséquent rentrer dans la cavité abdominale.

Deux à trois jours après ouverture étroite au thermocautère de l'anse pour le passage des gaz.

Cinq à six jours après agrandissement de l'orifice pour permettre le passage des matières et ablation de la pagaie de Paucher.

Ce procédé a évidemment l'avantage d'être extrêmement simple et rapide, mais on lui reproche de ne pas s'opposer suffisamment à l'apparition ultérieure du prolapsus parce que la paroi incisée a tendance à s'affaiblir de plus en plus n'opposant plus aucune résistance à la poussée intra-abdominale et que d'autre part l'intestin conserve toute sa mobilité.

Toutes les conditions se trouvent ainsi réalisées pour favoriser le prolapsus d'un anus ainsi établi.

Aussi de nombreux chirurgiens se sont-ils attachés à modifier ce procédé ayant en vue de lutter contre cette double insuffisance des moyens de suspension et de soutien de l'anse intestinale abouchée à la peau.

Voyons tout d'abord ce qu'on a proposé pour lutter contre la défaillance de la paroi puisque cela intéresse le premier acte du chirurgien à savoir l'ouverture de la paroi et l'accès dans la cavité abdominale.

Le professeur Hartmann propose non plus de sectionner mais de dissocier les fibres musculaires de la paroi comme dans le procédé de Mac Burney pour l'appendicectomie. Sa technique devient la suivante :

1°) Incision cutanée assez haute de façon à tomber sur la partie charnue des muscles larges de l'abdomen.

2°) Dissociation d'un coup de sonde cannelée des fibres du grand oblique suivant la même direction que l'incision cutanée, c'est-à-dire en bas et en dedans.

3°) A l'aide de la sonde dissociation de la masse musculaire constituée par le petit oblique et le transverse suivant une direction perpendiculaire à la précédente.

4°) Incision transversale du fascia transversalis et du péritoine. La suite de l'opération se passe comme nous l'avons décrite précédemment.

On aura ainsi après l'opération une paroi fonctionnellement intacte, conservant une tonicité musculaire entravant au maximum à la fois le prolapsus et l'incontinence de l'anus.

La perfection théorique de cette conduite opératoire a donné des résultats favorables, ce qui l'a fait adopter par la majorité des chirurgiens. C'est du reste celle adoptée

dans presque toutes les observations que nous rapportons.

A côté de la technique proposée par Hartmann qui vise surtout au soutien de l'intestin par la conservation maxima de la tonicité musculaire autour du point faible qu'est l'anus artificiel, d'autres auteurs et en particulier Audry et Jeannel s'attachent à diminuer les dimensions du point faible en abouchant en des points séparés de la paroi, les deux bouts de l'intestin.

Pour cela on donne à l'incision une forme telle qu'il en résulte un pont solide qui sera insinué à travers la brèche faite au méso-côlon.

Finalement après ouverture de l'intestin au lieu d'avoir un seul orifice pariétal commun aux deux branches de l'intestin qui s'ouvrent à l'extérieur, on aura deux orifices plus petits recevant chacun un bout intestinal, dont celui correspondant au bout inférieur peut être réduit à des dimensions extrêmement faibles.

Ce pont interposé entre les deux bouts de l'intestin n'est constitué que par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans le procédé d'Audry et de Jeannel, il serait plus logique d'y comprendre la totalité de la paroi comme l'a fait le professeur Reclus dans son procédé qui est le suivant.

Ouverture de la paroi.

1) Inciser la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sur une longueur de 7 à 10 centimètres parallèlement à l'arcade crurale et à deux travers de doigt au-dessus de cette arcade.

2) Incision analogue de l'aponévrose du grand oblique.

3) Dissociation du tendon conjoint.

4) Incision du péritoine.

Conduite vis-à-vis de l'intestin.

1) Extériorisation de l'anse sigmoïde.

2) Section au ciseau du côlon entre deux ligatures au catgut, serrées juste assez, pour empêcher l'irruption des matières dans le champ opératoire.

3) Prolongement de l'incision commencée sur le côlon, sur le méso-côlon en respectant les vaisseaux importants qui y passent, repérés par transparence. Cette incision doit intéresser le méso-côlon sur toute sa hauteur pour permettre le plus grand éloignement possible des deux bouts coliques qui doivent être portés aux deux angles extrêmes de l'incision.

Fixation des bouts coliques et fermeture de la paroi.

1) Fixation du bout supérieur à l'angle supérieur : le bout supérieur par lequel les matières seront expulsées débarassé du fil qui l'oblitére sera fixé dans l'angle externe et supérieur de la plaie abdominale par une couronne de points en U au catgut prenant la paroi musculaire d'une part la séro-muscleuse de l'intestin d'autre part.

2) Fixation du bout inférieur à l'angle inférieur : Cette fixation sera réalisée suivant la même technique que précédemment. Mais de plus on s'attachera à retrécir le plus possible l'orifice de ce bout inférieur (un diamètre de 5 à 6 millimètres suffit).

3) Fermeture de la plaie intermédiaire aux deux bouts en deux plans : péritoine, muscle et aponévrose du grand oblique au catgut, peau au crin de Florence.

Nous devons enfin signaler par mémoire quelques autres tentatives qui tendent au même but ; V. Hacker et Witzel conseillent de faire passer l'intestin à travers le muscle grand droit.

D'autres chirurgiens proposent le passage de l'anse intestinale à travers un os ou une aponévrose résistante de façon à fournir un point d'appui plus solide pour l'application d'un appareil obturateur maintenant bien l'intestin.

Il en est ainsi pour les procédés de colostomie trans-iliaque de Glirch, d'anus symphisien de Roux et d'anus iléo-crural de Brann.

Nous n'insisterons pas sur ces différents procédés dont la difficulté technique n'est pas compensée par des avantages bien évidents du point de vue de la prophylaxie des prolapsus.

D'autres auteurs se sont surtout attachés à augmenter les moyens de suspension en réduisant au maximum la mobilité future de l'anse intestinale qui porte l'anus.

Dans ce but on peut soit utiliser le moyen de suspension naturel que constitue le méso-côlon, soit fixer artificiellement à la paroi, le segment intestinal intéressé.

1°) La fixation naturelle utilise l'état de tension du méso. Pour cela il faut attirer l'anse au-dehors, de façon à tendre le méso le plus possible, de telle sorte que tout nouveau déplacement de l'intestin, une fois abouché à la peau, se heurte à la résistance du méso qui ne s'y prête plus.

C'est ainsi que Bérard propose de tirer au maximum sur le bout supérieur de l'S iliaque et de pratiquer l'anus le plus haut possible sur cette anse.

Mais cette technique n'est pas parfaite car elle n'immobilise qu'un segment de l'anse. Qu'arrive-t-il en effet après une telle technique ? Le bout supérieur est fixé solidement par traction continue qu'exerce sur lui le méso-côlon, il ne peut par conséquent se prolaber. Par contre, le bout inférieur ne se trouve nullement retenu, il pré-

sente au contraire une mobilité maxima, c'est à ses dépens que va se produire le prolapsus sans que le méso ne puisse s'y opposer puisqu'il est relâché.

Que peut-on faire pour s'opposer au prolapsus de ce bout inférieur ? A priori on peut soit le supprimer soit le tendre également. Ces deux conduites ont été proposées. On peut employer le procédé de Schitzinger qui consiste à faire une section complète de l'anse, à oblitérer le bout inférieur et de le rentrer dans la cavité abdominale. Cette technique a l'avantage de supprimer le prolapsus du bout inférieur mais a u prix de graves dangers de rétention dans ce bout inférieur en cas d'obstacle complet en aval.

Il est plus logique de faire ce que propose Piquand à savoir de tendre les deux bouts.

Pour cela on attire l'intestin dans la plaie jusqu'à ce que le bout supérieur soit fortement tendu. A ce moment on sectionne le côlon au ras de la paroi de façon que le bout supérieur ait juste la longueur suffisante pour affleurer la peau. A ce moment, au lieu de mettre le bout inférieur au même niveau, on fait une seconde incision suffisamment haut pour qu'en attirant ce bout inférieur par cette incision on tende au maximum la partie inférieure du méso-côlon. Ainsi donc les 2 bouts qui s'entrecroisent dans la cavité abdominale se trouvent également suspendus par l'état de tension de la totalité du méso-côlon sigmoïde.

2°) La fixation artificielle à l'aide de fils. Elle peut être réalisée de plusieurs façons.

Tout d'abord elle peut se réaliser au niveau même de l'orifice de sortie de l'anse sigmoïde. Au lieu de se contenter des adhérences spontanées qui vont se produire en quelques jours entre la paroi abdominale et le péritoine

de l'anse extériorisée, au niveau de son collet on peut fixer après l'extériorisation le pourtour des anses aux différents plans de la paroi : péritoine, plan musculaire profond et aponévrose du grand oblique.

On peut également fixer directement le côlon à la paroi par le procédé de colopexostomie de Jeannel. Cet auteur a proposé en effet de fixer, sur la paroi abdominale, une certaine longueur du côlon qui se trouve immédiatement au-dessus de l'anus contre nature.

Enfin on pourrait fixer à la paroi abdominale le mésocôlon pelvien en prenant garde de ne pas comprendre dans les ligatures les gros vaisseaux qui traversent le méso.

Si pour la clarté de l'exposition de ces différents procédés, nous avons cru utile de séparer ces différentes méthodes suivant le but principal recherché, il faut savoir que d'une part la même technique peut renforcer à la fois les moyens de suspension et de soutien, et que d'autre part un chirurgien au cours de l'établissement d'un anus contre nature peut s'inspirer de plusieurs méthodes à la fois.

C'est ainsi que le procédé de Piquand participe à la fois de ceux de Bérard, de Hartmann et de Reclus. En effet, le traumatisme musculaire est réduit au minimum en ayant recour à la dissociation comme le recommande Hartmann, d'autre part on substitue à une seule brèche pariétale importante deux orifices plus petits suivant le principe de la méthode de Reclus ; donc pour ces deux raisons la résistance qu'opposera la paroi au prolapsus sera d'autant plus grande. De plus les deux parties de l'anse se trouvent solidement suspendues par le mésocôlon pelvien, toutes les conditions se trouvent par conséquent réunies pour s'opposer à l'apparition du prolapsus.

Cependant il ne faut pas méconnaître non plus les difficultés techniques de ces opérations qui sont de ce fait longues et choquantes pour les malades chez qui on les fait.

De ce fait, l'opération la plus courte et la moins traumatisante est souvent préférée.

En ce qui concerne les observations que nous rapportons, tous les anus iliaques gauches pratiqués l'ont été suivant la technique la plus simple de l'anus en canon de fusil (exception faite d'un cas de cancer sténosant de la charnière recto-sigmoïdienne dans lequel après résection large du segment rétréci, le bout inférieur n'a pu être amené à la paroi et a dû par conséquent être abandonné dans la cavité abdominale après fermeture au fil de lin).

Nous résumerons les techniques employées dans les 21 anus contre nature suivis de survie qui nous ont servis pour notre travail.

L'ouverture de la paroi a été faite.

19 fois par dissociation comme le recommande Hartmann, l'incision cutanée est faite parallèlement aux fibres du grand oblique sur une longueur de 10 centimètres environ. Si la portion fibreuse du grand oblique se présente, elle est incitée, le petit oblique et le transverse étant dissociés comme dans le Mac Burney suivant une direction perpendiculaire à la précédente. Si au contraire on accède sur la portion musculaire du grand oblique, la totalité de la paroi musculaire est dissociée en trois plans.

2 fois l'ouverture de la paroi a été analogue à l'incision de Roux pour l'appendicectomie.

Conduite vis-à-vis de l'intestin : L'anse sigmoïde est extériorisée, son méso est perforé et traversé par la pagaie de Pauchet. Par la suite deux conduites ont été

alternativement tenues. Dans 5 cas, l'adossement des deux pieds de l'anse a été réalisé. Cet adossement est obtenu par 2 fils de lin séro-séreux placés de part et d'autre sur les faces externe et interne de l'anse sigmoïde.

Dans seize cas cet adossement n'a pas été exécuté, l'anse étant immédiatement relâchée, retenue à l'extérieur sur une certaine longueur par la pagaie de Pauchet.

Dans aucun cas on n'a réalisé la fixation de l'anse à la paroi.

Fermeture de la paroi : La plaie opératoire est simplement retrécie en 2 ou 3 plans autour de l'anse extériorisée.

L'incision péritonéale est assez souvent retrécie par un point simple ou en U au catgut n° 1 ou n° 2.

Lorsque l'aponévrose du grand oblique a été sectionnée, la plaie ainsi constituée est partiellement refermée par un ou deux points au catgut N° 3 de part et d'autre de l'anse.

Dans tous les cas, la suture partielle de la plaie cutanée est réalisée aux crins ou aux agrafes.

Traitement post-opératoire.

Au deuxième ou troisième jour une ouverture punctiforme au thermocautère est faite sur l'anse extériorisée pour permettre l'issue des gaz.

Au sixième jour l'orifice ainsi constitué est agrandi jusqu'à ses dimensions définitives pour permettre la libre sortie des matières. Le même jour la pagaie de Pauchet est enlevée.

Dans ces 21 cas d'anus iliaque gauche en canon de fusil que nous rapportons, nous avons eu 6 prolapsus. Si nous

tenons compte des quelques variations de technique que nous avons signalé nous avons les résultats suivants.

Sur 2 cas, l'incision de Roux a été employée, nous avons eu 1 prolapsus.

Sur les 16 autres cas où l'incision de Mac Burnay a été utilisée nous relevons 5 prolapsus.

D'autre part sur 5 cas où il y a eu adossement des pieds de l'anse, deux prolapsus se sont produits dont un étranglement.

Dans les 16 autres cas où l'anse est restée libre on a eu 4 prolapsus.

De tous ces chiffres nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes, à savoir que :

1°) L'incision de Roux paraît plus défavorable que celle de Mac Burnay puisque pour la première la proportion est de l'ordre de 50 % alors que pour la deuxième elle n'est que de 30 % environ. Evidemment le nombre restreint de nos cas nous pousse à la prudence, mais nos résultats se trouvent confirmés par les autres auteurs.

2°) La liberté de l'anse ou l'adossement de ces 2 bouts ne nous semblent pas influencer l'apparition ultérieure du prolapsus. Cette pratique semble surtout destinée à la dérivation totale des matières par l'orifice du bout supérieur, mais comme ceci sort de notre sujet nous n'y insisterons pas.

Nous croyons avoir insisté suffisamment sur les règles qui président à l'établissement d'un anus contre nature et nous avons voulu surtout laisser entrevoir les possibilités qui s'offrent au chirurgien à l'occasion de cette opération. C'est peut être le point le plus important de la question de la prophylaxie des prolapsus des anus contre nature, celui sur lequel on est appelé à faire le plus de progrès mais ce n'est pas le seul.

Le rôle du chirurgien ne se limite pas à l'acte opératoire et nous allons voir dans la seconde partie de ce traitement préventif quelles sont les précautions à prendre en vue de restreindre l'apparition du prolapsus au cours d'un anus contre nature définitif.

B) Hygiène du malade porteur d'un anus contre nature définitif. Nous avons vu dans le chapitre pathogénique qu'il y avait 2 ordres de facteurs qui contribuaient à l'apparition des prolapsus. La technique opératoire vise uniquement la suppression des facteurs prédisposants à savoir la mobilité intestinale et la faiblesse de la paroi, donc si elle contribue à lutter contre le prolapsus elle ne suffit pas.

Il nous reste donc à envisager l'ensemble des moyens qui se trouvent à notre disposition pour lutter efficacement contre les facteurs déterminants et cette deuxième partie contrairement à ce qu'on pourrait croire n'est pas moins importante que la première.

Quels sont ces facteurs ? Ils sont au nombre de deux.

C'est tout d'abord la poussée de dedans en dehors qui s'exerce sur l'intestin et qui est en rapport avec la pression intra-abdominale. C'est ensuite l'aspiration exercée par l'appareil collecteur du type Reverdin qui agit en ventouse pour attirer au dehors l'intestin. Comment agir sur ces deux facteurs ?

La pression intra-abdominale est impossible à supprimer complètement, mais on peut l'atténuer et c'est ici que l'hygiène du malade a toute son importance.

Il faudra pour cela recommander au malade d'éviter tout effort trop important ou trop prolongé. La marche sera permise mais sans excès. Mais c'est surtout contre l'effort qui accompagne la défécation qu'il faudra lutter. Eviter la constipation par une alimentation saine. Et

surtout recommander au malade d'accomplir les défécations dans la position horizontale et sans contracter ses muscles abdominaux.

Reste enfin la question du port de l'appareil collecteur.

Au début on croyait nécessaire de permettre d'une façon continue les évacuations intestinales. Il en est résulté l'idée de l'appareil collecteur du type Reverdin avec lequel l'intestin peut se vider librement à tous moments, mais dans lequel l'intestin n'est pas soutenu.

Cet appareil du type Reverdin est constitué de la façon suivante : Il comporte tout d'abord une cupule rigide en forme de demi-sphère creuse, qui s'adapte à la périphérie de l'anus par l'intermédiaire d'un anneau de caoutchouc gonflé d'air qui assure l'étanchéité de l'appareil et empêche aux matières d'aller ailleurs que dans la cupule, le tout étant solidarisé à la paroi par une ceinture. De plus à la cupule est annexée une poche en caoutchouc qui pend librement au-devant de l'abdomen et qui sert de réservoir aux matières fécales qui se déversent dans la cupule. Lorsque la poche est pleine, ce qui n'arrive que toutes les 24 heures, il y a lieu d'enlever l'appareil, pour le vider de son contenu.

Ainsi donc ce procédé permet aux évacuations intestinales de se produire à n'importe quel moment sans gêner le malade et sans l'obliger à se changer immédiatement. Mais cet avantage ne nous paraît pas compenser le gros danger de prolapsus qui guette les malades qui se servent de cet appareil.

En effet, l'anus se trouve libre à l'intérieur de la cupule la pression excentrique que subit la paroi à la périphérie de l'anus agit comme une ventouse pour attirer au-dehors l'intestin. Tous les auteurs sont unanimes à l'heure actuelle pour reconnaître ce rôle néfaste de l'appareil de Reverdin.

A l'inverse de ce procédé où l'intestin peut se vider librement, mais où il n'est pas soutenu, il existe un second où l'anus est soutenu mais où il ne peut pas se vider librement. Ce procédé est réalisé d'une façon très simple par un pansement occlusif au niveau de l'anus : une couche de coton assez épaisse pour exercer une certaine compression est maintenue au-devant de l'anus soit par un simple bandage de corps, soit par une ceinture abdominale d'un type quelconque parfois confectionnée par le malade lui-même.

Certains auteurs ont proposé de remplacer le coton par une pelote insufflable qui exerce une compression des plus efficace au niveau de l'anus.

Dans tous ces cas l'intestin se trouve solidement refoulé dans la cavité abdominale et se trouve dans une impossibilité plus ou moins absolue de s'extérioriser. Le prolapsus aura d'autant moins de chances, de ce fait, de se produire ; dans tous les cas l'intestin ne sera nullement sollicité à se prolaber comme nous l'avons vu tout à l'heure se produire avec l'appareil de Reverdin.

Mais les évacuations intestinales sont entravées par la compression exercée au niveau de l'anus artificiel par le coton ou la pelote. D'où la nécessité pour le sujet de se changer à chaque émission de matières.

Aussi s'est-on évertué tout récemment à trouver un appareil qui réunirait les avantages de chacun des procédés envisagés précédemment. C'est ainsi qu'on est arrivé à concerver et à réaliser des appareils qui permettent à l'intestin de se vider librement tout en refoulant suffisamment l'anus pour l'empêcher de se prolaber.

Ces appareils ont été réalisés par des maisons différentes, suivant le même principe. Ils sont essentiellement constitués par un appareil de Reverdin dans lequel l'intestin ne serait pas libre à l'intérieur de la cupule. Pour

cela à l'entrée de cette cupule est disposée une plaque percée de trous qui par ses parties pleines s'applique sur l'anus pour le maintenir, et par ses orifices permet le passage des matières fécales. La construction de cette plaque seule diffère suivant les maisons de fabrication.

C'est ainsi que la maison Rainal Frères a fabriqué un appareil à plaque dans lequel la pièce destinée à la contention de l'anus est constituée à la façon d'une roue présentant 4 rayons. Il existe en effet un cercle plein central réuni à un anneau périphérique par 4 branches rayonnantes présentant une certaine élasticité. La plaque centrale s'applique sur l'anus, l'anneau périphérique s'adapte intimement au rebord de la cupule de l'appareil. Les matières sortent de l'anus grâce à l'élasticité de la plaque centrale, et se déversent dans la cupule par les intervalles laissés entre la plaque centrale, l'anneau périphérique et les 4 rayons. De là les matières peuvent se collecter dans une poche annexée à la cupule comme dans l'appareil de Reverdin.

Un deuxième système est constitué par l'appareil à grille construit par la maison Peters dans lequel entre la cupule et l'anus s'interpose une lame en caoutchouc percée de plusieurs petits orifices qui servent au libre passage des matières.

Que conclure de l'étude de ces différents procédés qui à l'heure actuelle s'offrent à nous.

Tout d'abord, il est un point sur lequel tous les auteurs commencent à se mettre d'accord ; le refoulement de dehors en dedans de l'intestin au niveau de l'anus est indispensable dans la prophylaxie du prolapsus. Dans toutes les observations que nous avons recueillies, le port d'un appareil de Reverdin avait été institué, mais le plus souvent on avait dû le supprimer et même certains malades, de leur propre initiative l'avait remplacé par

un simple pansement compressif. Ceci nous semble expliquer la fréquence relativement grande des cas dans lesquels l'apparition d'un prolapsus est signalée.

Il nous paraît donc logique de déconseiller aux malades le port d'appareils collecteurs du type Reverdin.

Le deuxième point à éclaircir est de savoir si la libre vidange permanente de l'anوس iliaque gauche est indispensable. Nous ne le croyons pas.

Physiologiquement le côlon-sigmoïde sert de réservoir aux matières avant leur expulsion. Quel inconvénient y aurait-il à ne permettre le fonctionnement de l'anوس artificiel établi par le sigmoïde qu'une ou deux fois par jour.

Pourquoi alors s'évertuer à obtenir à la fois le refoulement de l'intestin qui est indispensable et le passage permanent des matières qui ne l'est pas ? D'autant que les appareils qui visent ce but sont coûteux et de durée relativement courte, réclament des soins hygiéniques importants et ne sont pas dénués de tout inconvénient puisque nous avons été obligé de supprimer à un malade un appareil à plaque, parce que la muqueuse intestinale était venue s'étrangler à travers les orifices de cet appareil.

Pour toutes ces raisons, le plus simple nous paraît le meilleur. Puisque la vidange du côlon-sigmoïde peut se faire à intervalles assez éloignés, l'anوس iliaque gauche se présente à nous comme un point faible de la paroi à travers lequel nous voulons empêcher la sortie de l'intestin. Et dans ce but, un appareil obturateur nous paraît être l'idéal. La ceinture banale le réalise le plus simplement et à peu de frais. Mais de grands progrès pourraient être faits dans ce domaine par l'utilisation de pelote insufflable.

II) *Traitement du prolapsus installé :*

Il nous reste maintenant à envisager le cas où malgré toutes les précautions précédentes le prolapsus apparaît. Que faire alors ?

1°) On peut se contenter de réduire le prolapsus et de le maintenir réduit par une compression au niveau de l'anus.

2°) On peut retrécir l'orifice pariétal par le cerclage.

3°) On peut diminuer la longueur de l'intestin par la résection du prolapsus.

De ces trois méthodes, la première n'est que palliative, tandis que les deux dernières ont la prétention d'être curatives.

Sur les 8 prolapsus que nous rapportons, 5 fois il n'a été appliqué qu'un traitement palliatif, 3 fois un traitement chirurgical a été entrepris.

A) OBSERVATIONS

*(dus à l'obligeance de M. le professeur Massabauan
et recueillies dans son service de Chirurgie générale
à l'Hôpital St-Eloi)*

Nous croyons utile de rapporter tout d'abord le détail des observations qui nous paraissent les plus intéressantes et nous verrons ensuite par la discussion de ces cas cliniques, quelle est la conduite à tenir en présence d'un prolapsus installé.

Observation I (dossier n° 3471).

M. Jean V..., âgé de 63 ans, entre au service pour un épithélioma du rectum datant de 9 mois environ.

Opération le 21 Septembre 1936.

1°) Exploration des lésions par laparatomie médiane sous-ombilicale qui montre un rectum largement adhérent en avant à la prostate et à la vessie, en arrière à la concavité sacrée.

2°) Institution d'un anus iliaque gauche en canon de fusil, laparotomie latérale oblique sous-ombilicale par dissociation musculaire. Mise en place d'une pagaie de Pauchet.

Le 24 Septembre : Ponction de l'anse sigmoïde extériorisée au thermocautère donnant issue aux gaz.

Le 26 Septembre : Prolapsus de l'éperon. Pansement compressif (compresses, coton et bandage de corps).

Le 29 Septembre : agrandissement au thermocautère de l'orifice de l'anus.

Le 5 Octobre : le prolapsus est en bonne voie de résolution, l'orifice supérieur est largement perméable. L'éperon est bien formé, la totalité des matières s'évacue par l'anus iliaque.

Le 12 Octobre : le malade commence à se lever et porte l'appareil collecteur du type Reverdin construit par Gentille.

Le malade rentre chez lui le 29 Octobre 1936 avec un anus fonctionnant bien et non prolapsé.

Le malade revient au service le 5 Décembre 1936 avec un prolapsus volumineux. L'interrogatoire nous apprend que ce prolapsus s'est constitué progressivement augmentant chaque jour de volume. Ce prolapsus ne gêne nullement les évacuations intestinales. Il n'existe pas de phénomènes douloureux bien accentués au niveau de l'anus.

Il est à noter que pendant son séjour à son domicile, le sujet a porté son appareil collecteur.

L'examen montre un prolapsus total de l'éperon formant une tumeur longue de 10 à 12 centimètres, présentant des contractions péristaltiques. Cette tumeur s'allonge tangentiellement à la paroi abdominale et présente à ses deux extrémités les orifices des deux bouts intestinaux.

Les essais de réduction du prolapsus diminuent le volume de la tumeur mais n'arrivent pas à la rentrer complètement. Cependant il n'existe pas d'étranglement, car la muqueuse intestinale présente une coloration normale. Néanmoins, une résection de ce prolapsus est proposée au malade. On surseoit à l'opération étant donné l'irritation de la peau avoisinant l'anus.

Entre temps le malade est mis au repos au lit. L'appareil

reil collecteur est supprimé et remplacé par un pansement compressif maintenu par un bandage de corps.

Le 21 Décembre, le prolapsus n'est plus que de la grosseur d'une noix. Le malade refuse l'opération qu'on lui avait proposée et quitte le service. Il n'a plus donné de ses nouvelles depuis.

Observation II (dossier n° 3498).

Mme P... L..., âgée de 48 ans, entre au service le 18 septembre 1936 en état de subocclusion provoqué par un rétrécissement néoplasique de la charnière recto-sigmoïdienne.

Opération : le 23 Septembre.

1°) Laparotomie médiane sous-ombilicale qui permet de préciser le siège et la nature probable de l'obstacle.

2°) Laparotomie latérale droite sous-ombilicale (incision de Mac Burnay), mise en place d'un tube de Paul dans le cœcum : une suture en bourse au fil de soie solidarise le tube de Paul à la paroi cœcale, 6 fils de soie réunissent la paroi au pourtour de la bouche cœcale. Retrécissement de l'orifice cutané aux agrafes.

Dans les suites opératoires tout se passe très bien. Après la chute du tube de Paul, l'anus cœcal fonctionne bien. Sous l'influence de la vidange intestinale, l'état général se relève ce qui permet d'envisager l'indication d'une exérèse chirurgicale de l'obstacle.

Réintervention : le 30 Octobre 1936.

1°) Laparotomie médiane sous-ombilicale : le retrécissement siège très bas au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne, si bien que après résection large de la lésion, le bout inférieur est obligé d'être abandonné dans

la cavité abdominale après fermeture en 3 plans successifs au fil de lin.

2°) Laparotomie latérale gauche sous-ombilicale : Mac Burnay gauche. On extériorise le bout supérieur de l'anse sigmoïde à travers cette incision et on l'y fixe en péritoine pariétal par quatre points séparés en U au fil de lin. Retrécissement de la plaie cutanée aux agrafes.

L'opération est très bien supportée. L'anus iliaque gauche terminal fonctionne bien. Il en résulte une fermeture progressive de l'orifice de cœcostomie. Les deux anus contre nature sont recouverts d'un pansement maintenu par un bandage de corps.

Le 3 Décembre 1936 : la malade sort du service. L'état général est satisfaisant. L'anus cœcal ne donne issue à aucun écoulement depuis plusieurs jours. L'anus iliaque ne présente pas de prolapsus. Le sujet se servira chez elle d'un appareil collecteur du type Reverdin.

Le 30 Janvier 1937 : la malade revient se faire examiner au service. Du pint de vue général, amélioration très nette objectivée par une augmentation progressive du poids. L'anus cœcal s'est définitivement fermé. Mais au niveau de l'anus iliaque on note l'existence d'un œdème muqueux provoquant un prolapsus qui aux dires de la patiente est plus accentué le soir et présente d'autre part une tendance très nette à l'accroissement d'un jour à l'autre.

On conseille à la malade le port de l'appareil collecteur à plaque qui lui donne depuis toute satisfaction.

Observation III (dossier n° 3564).

M. Victor T..., âgé de 70 ans, entre au service le 27 Octobre 1936 pour cancer du canal anal.

Intervention le 4 Novembre 1936 : anus iliaque gauche en canon de fusil.

Incision de Mac Burnay dans la fosse iliaque gauche.

Extériorisation de l'anse sigmoïde retenue à l'extérieur par la pagaie de Pauchet.

Fermeture de la paroi en 2 plans : un point en U au catgut n° 2 sur les muscles. Agrafes de Michel sur la peau.

Suites opératoires : normales.

6 Novembre : ponction de l'anse au thermocautère donnant issue à quelques gaz.

12 Novembre : agrandissement de l'orifice. Par la suite l'anus donne issue à la totalité des matières.

Le 23 Novembre : amputation péritonéale du rectum.

Le 6 Février 1937 : le malade se lève et porte l'appareil collecteur du type Reverdin.

Vers la fin du mois de Février : apparition d'un prolapsus de l'éperon. Ce prolapsus a tendance à s'exagérer par le port de l'appareil de Reverdin.

Le 25 Mars : on installe un appareil à plaque de la maison Rainal Frères. Dans l'après-midi douleur violente nécessitant l'ablation de l'appareil. On constate à ce moment que le prolapsus s'est étranglé dans un des orifices de l'appareil. La muqueuse intestinale est ulcérée et saigne au moindre contact.

L'appareil est supprimé pendant quelques jours, un simple bandage de corps maintient une épaisseur de coton au-devant de l'anus.

Le 29 Mars : la muqueuse intestinale s'est réparée, on applique à nouveau l'appareil collecteur à grille qui était mal supporté est supprimé définitivement.

A l'heure actuelle ce malade se trouve très bien de la

contention de son anus par un pansement occlusif maintenu en place par un bandage de corps. Cela l'oblige à se changer 2 fois par jour, mais son prolapsus est petit et n'a aucune tendance à s'accroître.

Observation IV (dossier n° 1769).

Mme Eulalie A..., entre au service le 9 Mai 1934 pour un cancer du rectum évoluant depuis 6 à 7 mois.

Le 16 Mai 1934 : opération de dérivation externe par un anus iliaque gauche en canon de fusil.

Incision de Roux au niveau de la fosse iliaque gauche avec section musculaire vers le haut. Extériorisation du côlon iliaque. Mise en place à travers le méso côlon de la pagaie de Pauchet.

Retrécissement de l'incision pariétale autour de l'anse extériorisée en deux plans :

Trois points séparés au catgut n° 3 prenant péritoine, muscles et aponévroses du grand oblique.

Crins de Florence sur la peau.

Suites opératoires : normales :

18 Mai : ponction de l'anse à la pointe du thermocautère : issue de quelques gaz.

23 Mai : agrandissement de la bouche intestinale.

6 Juin : pour la première fois selle abondante et exclusive par l'anus iliaque. Un appareil collecteur du type Reverdin sera appliqué.

6 Juillet : la malade passe au service des incurables. Son anus iliaque fonctionne bien et ne présente aucune particularité notable.

Le 16 Juillet 1934 : la malade revient au service pour un prolapsus de son anus iliaque.

Dans la matinée la malade s'est aperçue en vidant sa poche de l'existence du prolapsus. Elle ne souffre pas.

A l'examen on voit surtout par l'orifice pariétal un boudin volumineux long de 15 à 20 centimètres circulaire de couleur rosée. Il existe une très légère striction à la base.

La palpation permet de se rendre compte que la consistance de ce prolapsus est turgide par suite de l'existence d'un œdème sous muqueux semblable à celui d'un paraphimosis.

Par suite de la turgescence on ne peut introduire le doigt dans la lumière intestinale du bout supérieur, par contre l'orifice du bout inférieur admet très facilement le doigt. Le prolapsus est donc uniquement formé par le bout supérieur.

La réduction manuelle est immédiatement tentée, elle s'avère impossible.

On applique alors du sérum adrénaliné avec une vessie de glace : résultat négatif.

Dans le courant de l'après-midi du 18 Juillet : le prolapsus commence à se réduire spontanément.

Le 19 Juillet : il ne reste plus qu'une collerette muqueuse autour de l'anus iliaque. Le fonctionnement de l'anus est satisfaisant, la malade a eu une évacuation abondante.

Le 3 Octobre : la malade sort du service. Son prolapsus ne s'est pas reformé. Depuis elle n'a plus donné de ses nouvelles.

Observation V (dossier n° 896).

M. Alphonse C..., entre dans le service le 28 Janvier 1933 pour un syndrome de rétrécissement non néoplasique

que du rectum. On pense à une origine syphilitique possible et le malade est envoyé dans le service de dermatosyphiligraphie le 5 Février 1933, en vue d'un traitement spécifique.

Le 22 Février 1934 : le malade revient au service. Le traitement d'épreuve n'a donné aucun résultat. La sténose s'est accentué, il existe de la rectite et de la périrectite ; une opération de dérivation est proposée au malade.

Le 2 Mars : on réalise un anus iliaque gauche en canon de fusil.

Incision dans la fosse iliaque gauche du type Mac Burnay.

Extériorisation de l'anse sigmoïde fixée par la pagaie de Pauchet. Fermeture partielle en 2 plans.

1 point en U au catgut n° 2 à la commissure inférieure de l'incision péritonéale.

1 crin de Florence à la commissure de l'incision cutanée.

Suites opératoires : non compliquées.

Le 5 Mars : ponction de l'anse afférente par une pointe de thermocautère donnant issue à des gaz.

Le 8 Mars : agrandissement de l'ouverture intestinale en vue d'obtenir une dérivation complète des matières collectées par un appareil du type Reverdin.

En Août 1934 : apparition d'un prolapsus qui a tendance à s'accroître. La paroi est faible. L'orifice pariétal au niveau de l'anus et de la grosseur d'une prune.

On propose au malade un cerclage métallique de son anus.

Opération pratiquée le 10 Septembre 1934 : On pratique une boutonnière à chaque angle. Mise en place d'un fil de bronze à l'aide d'une aiguille de Doyen. Ce fil est faufilé dans la paroi musculo-aponévrotique à 2 centimè-

tres de la marge de l'anus. Ce fil est passé en 2 fois, la branche interne d'abord, puis l'externe.

Le fil serré par torsion (tortillon à l'angle supérieur ramène l'orifice pariétal aux dimensions de l'index.

Fermeture des 2 boutonnières cutanées aux agrafes de Michel.

Par la suite résultat favorable, le prolapsus ne s'est pas reformé; le 12 Octobre, prolapsus muqueux du bout inférieur à travers l'anneau de bronze. Ce prolapsus obture le bout supérieur déterminant une subocclusion. Par expression on réduit le prolapsus.

Le 25 Octobre : le malade se lève et remet sa poche collectrice du type Reverdin.

Le 2 Novembre : le sujet quitte le service dans de bonnes conditions et n'a plus donné de ses nouvelles depuis.

Observation VI (dossier n° 172).

M. André G..., âgé de 20 ans, entre au service le 9 Janvier 1932 pour rectite sténosante compliquée de péricectite ayant donné lieu à des abcès multiples fistulisés au périnée.

Le 15 Janvier : anus iliaque gauche de dérivation. Incision iliaque gauche. Extériorisation de l'anse sigmoïde maintenue par la pagaie de Pauchet. Rapprochement des deux pieds de l'anse par deux points séro-séreux placés de chaque côté de l'anse.

Le 19 Janvier : ouverture de l'anse au thermocautère : issue de gaz, pas de matières.

Le 21 Janvier : toujours pas de matières émises par l'anus artificiel, elles passent en totalité par le rectum. Ouverture de l'anus artificiel élargie au thermocautère.

Le 22 Janvier : les matières commencent à passer par l'anús artificiel.

Le 28 Janvier : l'anús artificiel fonctionne parfaitement, pas de matières par l'anús naturel.

Le 22 Février : un appareil collecteur du type Reverdin est adapté sur l'anús artificiel pour recevoir les matières fécales.

Le 15 Avril : apparition d'un prolapsus de l'éperon formant une tumeur allongée tangentiellement à la paroi, présentant à ses deux extrémités les 2 orifices des bouts intestinaux.

On décide de réséquer le prolapsus.

Opération : le 22 Avril 1932.

Réséction du cylindre externe à un centimètre du rebord cutané. Incision du cylindre interne autour du bout supérieur puis autour du bout inférieur.

Suture des deux bouts entre eux, au niveau de leur surface d'accollement. Suture de chacun des deux bouts à la paroi.

Mise en place d'un drain n° 50 dans le bout supérieur.

Le 1 Mai : le prolapsus ne s'est pas reproduit.

Le 1 Juin 1932 : le malade sort du service. L'anús ne présente pas de prolapsus. Il est partiellement continenú dans la journée, le malade allant à la selle abondamment dans la nuit.

Le malade est revu par nous, le 15 Avril 1937, il se trouve à l'heure actuelle hospitalisé pour une tuberculose pulmonaire.

Le malade nous dit s'être servi chez lui de l'appareil collecteur du type Reverdin. Mais le prolapsus a reparu au bout de quelques temps. Aussi a-t-il du suspendre définitivement l'usage de cet appareil. Le malade l'a rem-

placé de sa propre initiative par un pansement fait de quelques compresses maintenues au-devant de l'anus par une ceinture de caoutchouc. Il se nettoie à chaque évacuation intestinale. Depuis quelques temps, sensation de besoin avant chaque selle.

Depuis, ce prolapsus n'a jamais occasionné au sujet la moindre douleur, il ne s'est jamais étranglé. Il augmente d'une façon passagère à l'occasion de l'évacuation des matières, principalement lorsque le sujet est constipé. La muqueuse du prolapsus saigne un peu dans ces cas.

Lorsque nous l'examinons, nous constatons l'existence d'un prolapsus muqueux des deux bouts intestinaux sans prolapsus de l'éperon.

Ce prolapsus se présente sous la forme de deux masses divergentes de grosseur à peu près égale, comparable à celle d'une mandarine. Ces tumeurs augmentent par l'effort. Elles se réduisent en partie mais non complètement. La muqueuse intestinale présente un aspect normal.

Observation VII (n° 2840).

Mme Rosalie M..., âgée de 68 ans, entre dans le service le 24 Octobre 1935.

Opération : le 15 Novembre 1935 comprenant une colectomie droite, une iléo-transversostomie et un anus sou-pape sur le transverse.

Laparotomie latérale droite par l'incision de Jala-guier prolongée.

Exploration qui montre une tumeur du volume du point située sur le côlon transverse à 4 ou 5 centimètres de l'angle hépatique.

Conduite opératoire.

1°) Section de l'iléon à 5 centimètres du cœcum. Fermeture du bout proximal (un point au catgut, une bourse d'enfouissement au fil de lin, un surjet séro-séreux au fil de lin).

2°) Iléo transversostomie latéro-latérale au niveau du côlon gauche.

3°) Section du transverse entre la néostomie et la tumeur. Fixation terminale du bout distal du côlon à la partie moyenne de l'incision par 4 points en U réunissant la paroi intestinale au péritoine pariétal. Mise en place d'un tube de Paul fixé à l'intestin par une bourse au catgut.

Enfin l'opération est terminée par le retrécissement de la plaie opératoire en deux plans : points séparés au fil de soie sur le péritoine, les muscles et les aponévroses ; crins de Florence passés en 8 de chiffre sur la peau.

L'opérée a très bien supporté l'intervention.

18 Novembre 1935 : peu de matières se sont écoulées par le tube de Paul depuis l'intervention. Par contre une selle abondante s'est faite par l'anus naturel.

21 Novembre : le tube de Paul est enlevé, un anus colique s'est constitué.

22 Novembre : selles mi-liquides, mi-solides par l'anus colique, pas de selle anale.

Dans les jours qui suivent, seul le bout colique fonctionne. Il s'ensuit une infection subaiguë de la paroi entraînant la désunion de la cicatrice cutanée. La cicatrisation se fait pourtant dans de bonnes conditions.

Le 28 Janvier 1936 : la malade sort. L'état général est excellent. Bonne cicatrice opératoire. L'anus artificiel colique évacue la totalité des matières, on n'entreprend pas sa fermeture. La malade portera l'appareil collecteur du type Reverdin.

La malade revient au service le 11 Novembre 1936. A son entrée on constate un prolapsus de son anus transverse se présentant sous la forme d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine. La muqueuse intestinale a une coloration normale. Le prolapsus est assez facilement réductible. On décide cependant de faire une résection de son prolapsus.

Intervention : le 7 Décembre 1936.

1°) Section au bistouri électrique du cylindre externe au ras de son insertion cutanée. On tombe dans le récessus péritonéal.

2°) Section au bistouri électrique du cylindre interne en tirant le plus possible sur le bout intestinal prolabé.

Suture du péritoine par un surjet au fil de lin.

Suture péritonéo-intestinale par un surjet au fil de lin, réunissant les bords de l'anus au péritoine pariétal qui l'entoure.

Par la suite on remet l'appareil collecteur du type Reverdin.

Le 20 Décembre 1936 : le prolapsus s'est reformé.

On installe au niveau du prolapsus l'appareil à grille de la maison Rainal Frères. Bon résultat.

Le malade sort le 25 Mars 1937 : le prolapsus est bien maintenu et ne s'est pas accentué.

Nous voyons donc dans le détail de ces observations l'application pratique de ce que nous avons laissé entrevoir en commençant, du traitement du prolapsus installé.

Il nous reste maintenant à envisager tout d'abord les différents procédés de la cure des anus contre nature et nous verrons pour terminer les indications respectives de chacun d'eux suivant les différents cas cliniques devant lesquels nous pouvons nous trouver en pratique.

B) LES DIFFERENTS PROCEDES DU TRAITEMENT DU PROLAPSUS CONSTITUE

La thérapeutique des prolapsus des anus contre nature a grandement bénéficié de l'étude pathogénique qui a mis en évidence les facteurs qui conditionnent ces prolapsus.

Nous énumérerons une fois de plus ces facteurs qui sont au nombre de quatre.

Il existe tout d'abord deux causes favorisantes qui tiennent aux conditions dans lesquelles l'an us contre nature a été réalisé, ce sont :

1°) La mobilité de l'anse intestinale.

2°) La faiblesse de la paroi abdominale autour de l'an us.

Il existe ensuite deux causes déterminantes qui agissent lorsque l'an us fonctionne.

1°) Exagération de la pression intra-abdominale.

2°) Aspiration de l'intestin par l'appareil collecteur du type Reverdin.

On doit tenir compte de chacun de ces facteurs dans l'établissement d'une thérapeutique rationnelle.

1°) *La contention simple* : Ce premier procédé est le plus simple ne nécessitant aucune opération.

Il a pour but d'empêcher le prolapsus déjà établi de s'accroître en s'opposant à la fois aux deux causes déterminantes des prolapsus. Il agit en effet en neutralisant la poussée de dedans en dehors, provoquée par la pression

intra-abdominale, et en supprimant d'une façon absolue l'aspiration exercée sur l'anus, comme cela se produit lorsque les matières sont collectées dans un appareil du type Reverdin.

Sa réalisation en est très simple, il suffit que l'intestin prolapsé soit refoulé dans la cavité abdominale d'une façon permanente. Et nous pourrions dire ici tout ce que nous avons déjà envisagé à propos du traitement prophylactique du prolapsus par le maintien de l'intestin.

Nous rappellerons simplement que cette contention peut se faire dans deux conditions suivant que la perméabilité permanente de l'anus se trouve réalisé ou non.

Théoriquement le meilleur serait de maintenir l'intestin dans la cavité abdominale, tout en lui conservant la possibilité de s'évacuer d'une façon permanente, les matières étant collectées dans une poche imperméable en caoutchouc.

C'est dans ce but qu'ont été réalisés les deux appareils que nous avons précédemment décrits : l'appareil à plaque fabriqué par la maison Rainal Frères et l'appareil à grille de la maison Peters.

Mais ces appareils ne sont pas sans inconvénients et c'est ainsi que nous avons vu chez le malade de l'observation III un petit prolapsus de l'éperon s'étrangler dans un des orifices de la plaque rendant l'usage de cet appareil impossible. D'autre part le passage des matières ne se fait pas librement à cause de la pièce interposée entre le prolapsus et le fond de la cupule. Et pour peu que les matières soient dures le remplissage de la poche devient aléatoire.

Pour toutes ces raisons nous estimons que pratiquement la solution la plus simple est la meilleure, et cette solution est représentée par le pansement occlusif adapté au niveau de l'anus.

Ce pansement sera constitué par quelques compresses et du côton, et sera maintenu au-devant de l'anús. soit par un simple bandage de corps, soit par une ceinture en caoutchouc. Les malades arrivent au bout de quelque temps à régler parfaitement l'émission des matières fécales et ont ainsi un minimum d'ennui.

Certains auteurs ont proposé d'améliorer le procédé par l'emploi d'une pelote en caoutchouc insufflable. Cette façon de faire ne peut à notre avis qu'améliorer la situation des malades, en augmentant la continence de l'anús, et en maintenant d'une façon plus efficace le prolapsus. Mais il faudrait pour cela que l'anús soit fait le plus bas possible dans la fosse iliaque, de façon que la ceinture utilisée, ait un point d'appui solide au niveau des ailes iliaques et des fosses iliaques externes.

Dans tous ces cas on ne supprime pas le prolapsus puisqu'il reparaît dès que le sujet enlève son bandage, tout se passe comme dans le traitement d'une hernie par un bandage. Et cette comparaison nous indique suffisamment que pour que cette conduite soit envisagée il faut que le prolapsus réalise certaines conditions.

Il faut autant que possible que le prolapsus soit réductible. Les cas les plus favorables sont évidemment ceux dans lesquels par la compression manuelle on arrive à rentrer en totalité le prolapsus dans la cavité abdominale, à ce moment la compression au niveau de l'anús s'oppose à l'issue de l'intestin sans le léser.

Lorsqu'on a affaire au contraire à un gros prolapsus qui n'est que partiellement réductible, la méthode n'est applicable que dans la mesure où la muqueuse intestinale conserve son intégrité. Dans ces conditions les résultats seront d'autant plus mauvais que le prolapsus sera plus gros, car du fait de la compression, la muqueuse sera

irritée, donnant lieu à des phénomènes douloureux continuels qui deviendront vite insupportables.

Il est évidemment logique de rayer d'une façon absolue dans les indications de ce procédé les prolapsus étranglés pas plus qu'il ne viendrait à l'idée de mettre un bandage sur une hernie étranglée.

Ceci étant bien établi, si on réserve cette méthode aux prolapsus complètement réductibles ou à ceux qui peuvent être réduits à de très petites dimensions, on peut avoir de bons résultats pendant longtemps.

Nous n'en voulons pour preuve que le cas de notre malade de l'observation VI qui s'est astreint à cette pratique pendant 5 ans environ et qui n'a présenté pendant tout ce temps aucune complication. Nous l'avons examiné récemment, il est porteur d'un petit prolapsus des deux bouts qui n'est pas complètement réductible mais qui ne présente aucune tendance à l'accroissement. Les autres malades des quatre premières observations s'en sont tenus à cette pratique et ont très bien supporté leur prolapsus.

2°) *Le cerclage.* — Ce procédé a pour but de lutter d'une façon élective contre la faiblesse de la paroi en retrécissant d'une façon permanente l'orifice de l'anüs.

La réalisation en est très simple : il suffit de faufiler un fil de bronze tout autour de l'anüs en passant suffisamment loin de la perte de substance, de façon à avoir une prise solide. Il ne reste plus qu'à serrer ce fil jusqu'aux limites voulues, contrôlées en introduisant le doigt à travers l'anüs.

Ici il y a 2 éventualités extrêmes à éviter : celle de ne pas serrer suffisamment et par conséquent de n'apporter aucune modification à l'état de la paroi, d'où récédive obligatoire; ou bien alors on serre trop et les bouts intes-

linaux se trouvent comprimés au point d'apporter une gêne parfois grave aux évacuations intestinales.

Le cerclage est donc une opération demandant beaucoup de soin où l'on risque de faire ou trop ou pas assez.

Mais même lorsque l'opération est bien menée on n'est jamais sûr de lutter efficacement et définitivement contre le prolapsus. Dais l'observation V que nous rapportons, les dimensions de l'anus étaient ramenées à celles de l'index, le prolapsus a cependant reparu.

Ceci s'explique par ce fait que cette opération ne supprime que le relâchement de la paroi et ne devrait être employée que lorsque ce facteur intervient d'un façon exclusive, tout au moins prédominante.

Plus que dans la méthode précédente encore, le cerclage n'est applicable qu'à un prolapsus qui est complètement réductible. Il ne servirait de rien, en effet, de retrécir l'orifice de l'anus sur un prolapsus irréductible, car non seulement on n'empêcherait pas le prolapsus de s'accroître, mais encore on risquerait d'amener l'étranglement de l'intestin prolabé.

3°) *La résection du prolapsus.* — Cette dernière opération est la plus efficace dans la cure des prolapsus des anus contre nature.

En effet, elle vise un double but. Tout d'abord elle supprime le prolapsus par la section de tout le segment intestinal extériorisé. De plus lorsqu'on pratique la section du cylindre interne on l'attire le plus possible à l'extérieur de telle sorte que la résection terminée, l'anus contre nature se trouve dans de meilleures conditions du fait de la diminution de la mobilité intestinale.

Cette résection peut se réaliser de deux façons. Suivant la voie par laquelle on aborde le prolapsus, cette opération peut être intra-abdominale ou extra-abdominale.

1°) La résection intra-abdominale se rapproche des principes qui président à la cure intra-péritonéale des anus contre nature.

On ouvre le ventre à distance de l'orifice intestinal, on circonscrit l'orifice de l'anús, on resèque l'anse portant l'anús et on termine en fixant à la paroi retrécie la tranche de section du bout intestinal.

Cette technique théoriquement idéale a le gros inconvénient de faire communiquer la cavité péritonéale avec un foyer éminemment septique représenté par l'anús artificiel. Aussi a-t-elle été rapidement délaissée par la majorité des chirurgiens qui lui préfèrent la seconde opération.

2°) La résection extra-abdominale aborde le prolapsus au niveau de l'anús.

Le plus souvent on la réalise suivant la technique décrite par Mickulicz et Trélat-Segond pour le prolapsus du rectum.

Le boudin prolabé est fixé à l'aide de deux fils ou de deux pinces et est attiré à l'extérieur. On incise circulairement d'abord le cylindre externe, le plus près possible du rebord cutané. Puis on sectionne le cylindre interne en ayant soin d'attirer au maximum au-dehors, le boudin labé et de sectionner le plus bas possible ce cylindre interne. Puis on suture les lèvres des deux cylindres par des points traversant la totalité des tuniques, pour obtenir en même temps l'hémostase.

Au lieu de ce procédé on peut utiliser celui préconisé par Nélaton et Segond qui réalise le même principe. Mais dans ce cas on commence par sectionner verticalement le prolapsus de chaque côté de façon à avoir deux valves qu'on reséquera transversalement par la suite.

Cette opération a deux indications essentielles :

a) Tout d'abord les cas où la mobilité intestinale est telle que une fois réduit, le prolapsus ne pourra être contenu dans la cavité abdominale : il s'agit en général de prolapsus volumineux. L'opération agit ici surtout en renforçant les moyens de suspension de l'intestin comme dans le procédé de Piquand.

b) Ensuite tous les cas où la vitalité de l'anse prolabée est douteuse. Ce cas est surtout réalisé lorsqu'on se trouve en présence du prolapsus étranglé, en effet la muqueuse est destinée à se sphacéler, menaçant ainsi la cavité péritonéale, il y a lieu de supprimer ce risque en réséquant le prolapsus.

On peut également appliquer cette méthode aux gros prolapsus irréductibles à cause de la gêne qu'ils apportent au malade du fait de leurs dimensions, d'autant plus qu'aucune autre thérapeutique ne peut leur être appliquée.

Les résultats de cette opération sont bons dans l'ensemble, mais ils ne peuvent être définitifs puisque elle n'agit que sur un facteur pathologique : la mobilité intestinale.

Elle supprime momentanément le prolapsus, mais elle ne s'oppose pas plus à sa récurrence que les procédés de Bérard et Piquand n'empêchent d'une façon absolue l'apparition du prolapsus.

Les 2 malades des observations VI et VII avaient vu leur prolapsus se reformer, mais ils s'étaient servi après leur opération de la poche collectrice du type Reverdin.

Nous pouvons donc dire que la résection n'est pas une opération idéale qui met le malade définitivement à l'abri d'un prolapsus. De même que après une opération d'anus artificiel réalisé dans de bonnes conditions, il est indispensable par la suite de contenir l'anus, de même

après la résection, qui supprime le prolapsus et met l'anus dans de meilleures conditions, on ne peut avoir de résultat définitif qu'en neutralisant la pression intra-abdominale et en supprimant l'aspiration de l'appareil collecteur, et ce en s'inspirant des notions que nous avons exposées dans la première partie de ce chapitre.

La contention de l'anus est donc un complément indispensable de la résection du prolapsus.

C) LES INDICATIONS POSEES PAR L'ETAT DU PROLAPSUS

Nous ne voudrions pas terminer sans essayer de schématiser la conduite à tenir en présence d'un prolapsus constitué.

Cette conduite sera essentiellement commandée par l'état du prolapsus. Dans cet ordre d'idée, il y a trois éventualités principales à envisager :

- 1°) Petit prolapsus totalement réductible.
- 2°) Gros prolapsus partiellement réductible.
- 3°) Prolapsus étranglé.

Que faire dans ces différents cas ? Nous allons commencer par les lésions les plus importantes, car elles sont moins sujet à discussion.

1°) Prolapsus étranglé : Ici il existe une indication indiscutable, c'est la résection surtout lorsque les lésions

sont anciennes et que l'intestin présente une vitalité nettement compromise.

Cependant lorsqu'on se trouve en présence d'un prolapsus étranglé depuis peu de temps, que l'intestin présente encore son aspect normal, il ne faut pas se hâter d'intervenir. Il y a lieu d'appliquer de petits moyens susceptibles d'amener la réduction du prolapsus. Ces petits moyens sont représentés par la compression méthodique, l'instillation locale de la solution d'adrénaline à 1/1000 qui diminue l'œdème en amenant la vaso-constriction des artérioles de la paroi intestinale, et enfin le refroidissement réalisé par une vessie de glace qui agit aussi favorablement sur la circulation locale de l'anse.

Cette pratique nous a donné un succès complet chez la malade de l'observation IV..

Par la suite une fois la réduction du prolapsus en voie d'étranglement obtenue, on revient à un des cas suivants.

2°) Gros prolapsus ne pouvant être réduit en totalité. Ici encore la résection est l'opération de choix.

En effet il y a des risques à appliquer une autre méthode thérapeutique. Le prolapsus ne pouvant être rentré sera l'objet d'une irritation permanente préjudiciable pour la muqueuse intestinale. D'autre part, l'importance même du prolapsus, permet de préjuger d'une mobilité très grande de l'intestin, condition très défavorable pour le traitement du prolapsus.

La résection est tout indiquée pour ces deux raisons. Elle supprimera le prolapsus en même temps que la mobilité intestinale.

Après l'opération, une contention sera facile du fait de l'absence du prolapsus, et elle sera d'autant plus efficace que l'intestin aura moins tendance à sortir parce que mieux suspendu.

3°) Petit prolapsus totalement réductible. C'est ici que la discussion est la plus vive.

Pour notre part, nous envisageons volontiers l'abstention opératoire.

En effet, ces petits prolapsus donnent un minimum d'ennui aux malades qui en sont porteurs. Le fonctionnement intestinal n'a nullement à en souffrir. D'autre part, ces petits prolapsus une fois rentrés sont facilement maintenus par un pansement occlusif.

A la rigueur, si on observait un élargissement particulièrement accusé de l'orifice de l'anus, il y aurait lieu d'envisager la réalisation d'un cerclage, ce qui ne dispense nullement de l'usage ultérieur d'un pansement ou d'un appareil qui réalise le refoulement de l'intestin de dehors en dedans.

Conclusions

Pour nous en tenir à la question de la thérapeutique des prolapsus des anus contre nature, nous croyons pouvoir conclure à ce qui suit :

1°) Le traitement prophylactique du prolapsus a une importance capitale. On doit toujours l'avoir en vue en présence d'un malade à qui on va faire un anus artificiel ou qui en est porteur.

Une bonne technique lors de l'établissement de l'anús est essentielle et ceci est réalisée d'une façon très simple.

a) En conservant une bonne paroi grâce à l'emploi de la dissociation musculaire comme le recommande Hartmann.

b) En diminuant le plus possible la mobilité intestinale.

Pour cela il faut établir l'anús le plus haut possible sur l'anse sigmoïde suivant le procédé de Bérard.

Ce n'est qu'un minimum qui contribue pour une grande part à la prophylaxie du prolapsus.

Par la suite il faudra surtout s'astreindre à déconseiller l'usage de l'appareil collecteur du type Reverdin. Cette notion découle de tous les travaux modernes sur la question et nous ne saurions trop y insister.

L'occlusion complète de l'anus entre les évacuations intestinales reste la meilleure pratique pour s'opposer à l'apparition du prolapsus.

2°) Le traitement curatif des prolapsus n'a nullement la prétention d'être radical.

On devra traiter le prolapsus dès son apparition, et le plus tôt possible il faudra supprimer tout appareil collecteur ne réalisant pas la contention de l'anus.

Il sera toujours assez temps, ultérieurement, si le prolapsus s'accroît ou s'étrangle, d'avoir recours à la résection qui en principe devrait supprimer toutes chances de prolapsus pour l'avenir, mais qui en réalité remet l'anus contre nature dans des conditions plus favorables pour se prêter à un traitement prophylactique qui en dernière analyse revient à la contention de l'intestin.

Bibliographie

- ADAM. — Du prolapsus du bout inférieur dans l'anus artificiel. *Faculté de Médecine de Bordeaux, Thèse* 1925-1926.
- ALQUIER. — Des anus contre nature. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1848.
- AMUSSAT. — Mémoire sur l'anus contre nature lombaire, Paris, 1839.
- BAUBY. — Encyclopédie. Léauté
- BEGIN. — Cliniques de Dupuytren.
- BLAUDIN. — *Gazette Médicale de Paris*, 1838.
- BOUILLY. — Entérectomie et Entérorraphie. *Revue de Chirurgie*, 1881.
- BOUILLY et ASSAKY. — De la résection circulaire et de la suture de l'intestin dans la cure de l'anus contre nature. *Revue de Chirurgie*, 1883.
- L. BERARD et A. CHALIER. — Sur les grands prolapsus dans les anus contre nature. *Lyon Chirurgical*, Août 1909. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, tome LIX, 12 Juillet 1933, page 1199 : appareil à grille sans ventouse type Porcher.
- BROWN E. J. — Support for hernia relaxed sacro-iliac ligaments and visceral proptosis : J.A.M.A., 81-25. 26, 7 July 1923.

- GAZIN. — *Société chirurgie*, 12 Mai 1875.
- CHAPPLAIN. — *Bull. Soc. chir.*, 1850.
- CHAPUT. — *Traité de Chirurgie Duplay et Reclus. Archives gen. de Médecine* 1890 et 1891 — *Congrès Berlin*, 1890 — *Académie de Médecine*, 2 Août et 6 Septembre 1892.
- CHOMETTE. — *Thèse de Paris*, 1836.
- CRUVEILHIER. — *Traité d'anatomie pathologique*, t. I.
- CHARRIER et BARDON. — A propos d'une complication de l'anus contre nature : étranglement de l'intestin grêle dans le prolapsus du gros intestin. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 Février 1929).
- DELETREZ. — De l'anus contre nature dans le traitement de certaines maladies du rectum. *Th. Paris*, 1898-99.
- DELORE et PATEL. — Traitement de l'anus contre nature. *Revue de Chirurgie* 1901, p. 667-791.
- DESAULT. — *Journal de Chirurgie*, t. I, p. 186 et 194.
- DUPUYTREN. — *Mémoires de l'académie royale de médecine*, 1828 et *Leçons de chirurgie clinique*, 1832.
- DUVAL P. — *Thèse de Paris*, 1902.
- FOCHIER. — *Lyon Médical*, 1876.
- FOUCHER. — De l'anus contre nature. *Thèse agrégation*, Paris, 1857.
- GAILLARD. — *Union Méd.*, 1870.
- GERAUD. — Des complications de l'anus contre nature. *Thèse Paris*, 1902.
- GOSSELIN. — *Bull. Soc. chir.*, 1858.
- GUIBE. — Un cas de hernie étranglée de l'intestin grêle dans un prolapsus du gros intestin au niveau d'un anus artificiel sigmoïdien. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XL, 1914.
- GUINARD. — *Mémoire sur le retrécissement et l'oblitération dans les hernies*, Paris, 1846.
- GUINARD. — *Bull. soc. chir.*, 16 Novembre 1898, p. 1003.
- GUYON. — *Dict. encycl. des sciences médicales*.

HARTMANN. — Technique de l'anus iliaque *xix^e Congrès International de méd., section de chirurgie générale*, 1900.

HAUFMANN. — *Deutsche zeit schrift F. chir.*, 1888.

HEIMANN. — *Zur Frage der Behandlung des Widernatürlichen Asters-Deutsche méd. Woch.*, 1883.

HEYDENVERCH. — *Revue méd. de l'Est*, 1880.

IVANICHEVITCH. — Etude sur le traitement de l'anus contre nature. *Thèse Paris*, 1882.

JEANNEL. — *Chirurgie de l'intestin*.

JULLIARD. — Deux cas de résection intra-péritonéale pour anus contre nature. *Rev. méd. Suisse romane*, 1882.

KAUFMANN. — *Deutsche Zeitzschrift F. chir.*, 1888.

KIRMISSON. — *Précis de chirurgie infantile*.

LALLEMAND. — *Thèse Paris*, 1818.

LARDENNOIS et OKINCZYC. — *Journal de chirurgie*, 1913.

LARREY. — Un cas très remarquable d'anus contre nature. *Soc. de chirurgie*, 1856.

LAUGIER. — Article anus contre nature, in *Dictionnaire en 30 volumes*.

LEBLANC. — De l'anus contre nature. *Thèse Paris*, 1805.

LE DENTU. — *Société anatomique*, octobre 1869. *Revue Chirurgie*, 1908.

LE DENTU, DELBET. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. VIII.

LEGENDRE. — *Mémoire sur l'anus contre nature. Mémoires de la Société de chirurgie*, t. v, 1863.

LIOLARD. — *Thèse Paris*, 1819.

LOUIS. — *Mémoires de l'académie royale de Chirurgie*, t. VIII.

MAISONNEUVE. — *in thèse Foucher*, 1857.

MALLET Guy et ETIENNE Martin. — Les grands prolapsus des anus iliaques gauches et leurs complications d'étranglement. *Journal de Chirurgie*, t. XXXIV, n° 4, octobre 1929, p. 425-438.

- MALLET Guy et HEITZ. — Prolapsus étranglé et sphacélé d'un anus iliaque gauche, résection, guérison. *Société de Médecine et de Sc. méd. de Lyon*, 21 Mars 1928, *Lyon Médical*, 1928.
- MARI. — *Thèse Lyon*, 1891.
- MERCIER. — Prolapsus des anus contre nature. *Thèse Paris*, 1919.
- MILLET. — *Thèse Paris*, 1882.
- NELATON. — *Eléments de pathologie chirurgicale*.
- NEUHOFER. — Complications de l'anüs contre nature. *Brunns Beitrage für klinische Chirurgie*, t. CXXX, n° 3, 1924, p. 567-582.
- PATEL. — *Revue de chirurgie*, 10 Mars 1902.
- LA PEYRONIE. — *Mémoire de l'Académie royale de chirurgie*, t. I, p. 1743.
- PHILIPPE. — *Thèse, Paris*, 1889.
- POLLOSSON. — *Thèse agrégation, Paris*, 1883.
- RECLUS. — *Premier Congrès de Chirurgie*. Paris, 1885, p. 435.
- REGARD. — *Thèse, Lyon*, 1895.
- KEYBARD. — *Mémoire sur l'anüs contre nature*. Lyon et Paris, 1827.
- RICARD et LAUNAY. — *Technique chirurgicale*.
- ROUSSEAU et BERTRAND. — Prolapsus étranglé d'un anus iliaque gauche. Résection extra-abdominale — guérison: *Revue médicale de l'Est*, 1932.
- SABATIER. — *Mémoire sur l'anüs contre nature*. *Académie Royale de chirurgie*, 1774, t. v.
- SCARPA. — *Traité des hernies* itraduit de l'Italien. Paris, 1823.
- SCHWATZ et HARTGLASS. — *Journal de chirurgie*, t. XXIII.
- SIKORA. — *Thèse, Paris*, 1902.
- SCHITZINGER. — *In thèse Géraud*, 1902.
- TERRIER Félix. — *Bull. soc. de chir.*, 9 nov. 1898 et *Revue de chirurgie*, 1901, p. 129, 621, 739.

THEVENARD. — Anus iliaque et prolapsus intestinal — présentation d'un appareil de contention. P.M., n° 89, 6 Novembre 1935, p. 1731. *Société des Chirurgiens de Paris*, 18 Octobre 1935.

Dan THEODORESCO et Pana THEODORU et A. JIANU. — Les prolapsus des anus iliaques gauches. *Gazette des Hôpitaux*, n° 9, 31-1-34.

VELPEAU. — *Journal hebdomadaire des Progrès des Sciences méd. de Paris*, 1836 — *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1836. *Leçons de Clinique*, t. I, p. 550, Paris, 1840.

VERNEUIL. — *Bull. société de chirurgie*, 1870.

VERNEUIL, RECLUS. — Des anus artificiels iliaques et lombaires. *Premier Congrès français de chirurgie*, Paris, 1885, t. I, p. 435.

WITZEL et V. HACKER. — in *Thèse Géraud*, Paris, 1902.

Table des Matières

Introduction.

Historique.

Première Partie

Les anus artificiels coliques et leurs prolapsus en clinique

Les différentes formes des anus chirurgicaux.

Les différentes complications de l'anus contre nature.

Fréquence des prolapsus au cours des anus définitifs.

Les différents prolapsus.

Evolution des prolapsus.

Pronostic des prolapsus des anus contre nature.

Deuxième Partie

Pathogénie du prolapsus des anus contre nature.

1°) Facteurs prédisposants.

a) Longueur du méso.

b) Faiblesse de la paroi.

2°) Facteurs déterminants.

Troisième Partie

Traitement des prolapsus des anus contre nature.

1°) Traitement préventif.

a) Précautions de technique opératoire au moment de la confection de l'anus.

b) Hygiène du sujet, porteur d'un anus contre nature.

2°) Traitement curatif.

a) Observations.

b) Les différents procédés de traitement du prolapsus constitué.

1°) La contention simple.

2°) Le cerclage.

3°) La résection.

c) Les indications posées par l'état du prolapsus.

Conclusions.

Bibliographie.

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

Contribution à l'Etude
de la cure des prolapsus
des anus contre nature

par M. Bouisset

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 29 Avril 1937

Le Professeur :

MASSABUAU

Vu :

Montpellier, le 3 Mai 1937

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier le 3 Mai 1937

Le Recteur,

C. TAILLIART.

